

Sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien vanhusten kohtaaminen pitkääaikaisessa laitoshoidossa – hoitajien näkökulma

Valtonen, Saini Katri Malviina
Helsingin yliopisto
Valtiotieteellinen tiedekunta
Sosiologia
Pro gradu -tutkielma
Syyskuu 2014

Sisällys

Tiivistelmä	
1 Johdanto	2
1.1 Tutkimusongelma ja tutkimuksen tavoite	4
1.2 Tutkimuksen rakenne	6
2 Käsitteitä ja terminologiaa	8
2.1 Sukupuolen ja seksuaalisen suuntautumisen moninaisuus	8
2.2 Hetero- ja sukupuolinormatiivisuus	12
3 Sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöt ja ikääntyminen	16
3.1 Sairaiksi ja rikollisiksi leimattuina	17
3.2 Huolia ja pelkoja kohtaamisesta	18
3.3 Heteronormatiivisista käytänteistä moninaisuuden huomioimiseen	20
4 Hoito, hoiva ja vanhuus	25
4.1 Vanhustenhoito ja pitkäaikainen laitoshoido Suomessa	25
4.2 Hoitotyö ja etiikka	27
4.3 Vanhuus, sosiaalinen riippuvuus ja instituutio	32
4.4 Moninkertaisesti ulkopuolella	37
5 Tutkielman toteutus	43
5.1 Menetelmät ja analyysin eteneminen	46
5.2 Aineiston rajoituksia	48
6 Moninaisuutta kohtaamassa	52
6.1 Seksuaalikielteen kulttuuri	52
6.2 Epäilyksiä erilaisuudesta	57
6.3 Hoitotyön kohtaamisten kannalta tarpeeton ja tarpeellinen tieto	60
7 Sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöt ja yhdenvertainen hoito	63
7.1 Ammatillisuus ja arvot yhdenvertaisen hoidon perustana	63
7.2 Hoitotyön tietoperusta ja moninaisuuden merkityksellisyys	67
7.3 Perustukset horjuvat	69
8 Ihanteiden paineessa ja rakenteiden rajoissa	76
9 Johtopäätökset: Laitoshoidon sosiaalista redusoiva hoitotyö ja institutionaalinen kaapittaminen	86
Lähteet	93

LIITE 1. Teemahaastattelurunko	107
LIITE 2. Haastateltavien koulutus ja asema työyhteisössä.....	108



HELSINGIN YLIOPISTO
HELSINGFORS UNIVERSITET
UNIVERSITY OF HELSINKI

Tiedekunta/Osasto – Fakultet/Sektion – Faculty Valtiotieteellinen tiedekunta		Laitos – Institution – Department Sosiaalitieteiden laitos
Tekijä □ – Författare – Author Valtonen, <u>Saini</u> Katri Malviina		
Työn nimi – Arbetets titel – Title Sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien vanhusten kohtaaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa – hoitajien näkökulma		
Oppiaine – Läroämne – Subject Sosiologia		
Työn laji – Arbetets art – Level Pro gradu	Aika – Datum – Month and year Syyskuu 2014	Sivumäärä – Sidoantal – Number of pages 106 + liitteet
Tiivistelmä – Referat – Abstract		
<p>Tutkimuksessa selvitetään hoitotyöntekijöiden käsityksiä sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien vanhusten kohtaamisesta pitkäaikaisen laitoshoidon kontekstissa. Tutkimuksen liikkeellepanijana on Seta ry:n kolmivuotinen Yhdenvertainen vanhuus -projekti, jonka tarkoituksena on tuottaa tietoa HLBTI-ikäntymiseen liittyvistä kysymyksistä. Tutkielmaa ohjaa queer-teoreettinen näkemys sukupuolesta ja seksuaalisesta suuntautumisesta moninaisina ilmiöinä. Queer hylkää ajatuksen essentialistisesta, kahdesta toisilleen vastakkaisesta sukupuolesta. Sen sijaan sukupuoli ja seksuaalisuus nähdään moninaisina sekä ilmiö- että yksilötasolla. Tutkimus vastaa kysymykseen: minkälaiset valmiudet hoitotyöntekijöillä on kohdata sukupuolen ja seksuaalisen suuntautumisen moninaisuutta työssään?</p> <p>Sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien ikääntymiseen liittyviä kysymyksiä ei ole Suomessa aikaisemmin tutkittu. Sari Irni ja Jan Wickman laativat vuonna 2010 kansainväliseen tutkimukseen perustuvan tutkimuskatsauksen <i>Sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöt, vanheneminen ja palveluntarpeet</i>. Katsaus on ensimmäinen suomenkielinen avaus aiheeseen. Kansainvälisen tutkimuksen mukaan sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvat ikäihmiset kantavat huolta siitä, miten heihin suhtaudutaan, kun he tulevat palveluiden piiriin. Lisäksi osa kokee pelkoa syrjinnästä ja jopa suoranaista häirintää vanhuspalveluissa seksuaalisen suuntautumisensa tai sukupuoli-identiteettinsä vuoksi.</p> <p>Pitkäaikainen laitoshoido kontekstina asettaa tarkastelulle tiettyjä reunaehtoja. Ensinnäkin merkityksellistä on se, miten laitoshoido rajaa asukkaiden minua ja autonomiaa. Toisaalta on tärkeää huomioida, kuinka laitos instituutioon määrittää hoitotyötä ja hoitajien asemaa. Tutkimuksessa tukeudutaan sosiologi Bryan S. Turnerin näkemyksiin vanhuudesta sosiaalisena riippuvuutena ja sosiaalisena kuolemana. Lisäksi Erving Goffmanin teoria stigmat hallinnasta ja totaalisista laitoksista rakentaa tutkimuksen viitekehystä. Keskeistä on se, missä määrin laitos rajaa ja mahdollistaa HLBTI-kysymysten huomioimisen ja miten hoitajat puhuvat moninaisuudesta tästä todellisuudesta käsin.</p> <p>Tutkimusaineisto koostuu kymmenestä teemahaastattelusta. Haastateltavat olivat lähi-, perus- ja sairaanhoitajia, joista jokaisella oli useamman vuoden työkokemus vanhustenhoidosta. Lisäksi haastateltavien joukossa oli muutama esimiesasemassa toimiva hoitaja. Haastattelut toteutettiin kahdessa pääkaupunkiseudun vanhainkodissa, joiden asukkaat olivat pääasiassa muistisairaita. Tutkimuksen metodologinen lähestymistapa yhdistää sisällönanalyysia sekä diskurssianalyysia vaikutteita saanutta aineiston luentaa. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi on ollut käytännössä empiirisen aineiston tiivistämistä ja jäsentelyä. Haastattelupuheen analyysissa huomio kiinnittyy siihen, että hoitajien puhe on puhetta tietyistä ammattiasemasta ja sosiaalisesta kontekstista käsin. Keskeistä on tarkastella niitä tapoja, joilla hoitajat erittelivät, argumentoivat ja oikeuttivat näkemyksiään.</p> <p>Tutkimuksen tuloksena esitetään, että vanhustyötä tekevien hoitajien valmiudet kohdata sukupuolen ja seksuaalisen suuntautumisen moninaisuutta työssään ovat vielä puutteelliset. Valmiita toimintamalleja moninaisuuden kohtaamiselle ei hoitajien mukaan ollut, vaan jokainen kohtaaminen sukupuoli- tai seksuaalivähemmistöön kuuluvan vanhuksen kanssa hoidettiin tapauskohtaisesti. Yhtenä huomioimisen esteenä nähtiin se, ettei heterovanhustenkaan seksuaalisuutta voida huomioida ajanpuutteen vuoksi. Hoitajat kokivat olevansa ylemmän tahon ja käytännön hoitotilanteiden ristipaineessa. Hoitotyöhön liitetyt eettiset periaatteet ja ammattietiikka, sekä toisaalta käytännön haastavat hoitotilanteet asettivat hoitajat vaikeiden tehtävien eteen. Sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien sosiaaliset identiteetit jäivät työssä huomiotta, kun ei-normatiivisista sukupuoli- ja seksuaali-identiteeteistä vaiettiin tahdikkaasti hoitoyhteisössä. Hoitajat argumentoivat, että asukkaan seksuaalisella suuntautumisella tai sukupuoli-identiteetillä ei ollut merkitystä hoidon kannalta: kaikki saivat samanlaista hoitoa.</p> <p>Johtopäätöksenä esitetään, että HLBTI-kysymykset tulevat rajatuiksi niin instituutioon kuin hoitajienkin puheen tasolla. Niukat resurssit, kiire ja laitosympäristö asettavat haasteita kaikkien vanhusten yksilölliselle kohtaamiselle. Hoitajat legitimoivat toimintatapojaan vetoamalla ammatillisuuteen: koska olemme ammattilaisia, hoidamme kaikkia yhdenvertaisesti. Yhdenvertaisuus on heidän mukaansa jo kaiken hoidon lähtökohta, mikä tulkittiin vastapuheena väitteelle, etteivät hoitajat olisi tarpeeksi kompetentteja sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin liittyvissä kysymyksissä. Näin hoitajat tuottavat puheessaan sellaisen hyvän hoidon kehyksen, jossa ei-normatiivisilla identiteeteillä ei ole sijaa. Olemalla ottamatta HLBTI-kysymyksiä puheeksi silloinkin, kun asia olisi ollut relevanttia, tulevat he kaapittaneeksi hetero- ja sukupuolinnormin ulkopuolella olevia sukupuoli- ja seksuaali-identiteettejä.</p>		
Avainsanat – Nyckelord – Keywords sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöt, heteronormatiivisuus, ikääntyminen, hoitotyö, laitoshoido		

1 Johdanto

Seta ry:n entinen pääsihteeri ja Sexpo-säätiön toiminnanjohtajana toiminut Jussi Nissinen kysyi vuonna 1995 valmistuneessa pro gradu -tutkielmassaan, missä määrin hoitohenkilökunta osaa arvostaa homo- ja biseksuaalisten vanhusten identiteettiä, seksuaalisuutta ja sosiaalista verkostoa. Menetelmällisistä ansioistaan gradupalkinnon saanut Nissinen tutki homo- ja biseksuaalisuuden huomioonottamista päihdehuollossa. Vaikka hän ei varsinaisesti keskittynyt ikäihmisiin, nosti hän ensimmäisiä kertoja Suomessa esille kysymyksen HLBTI-ihmisten huomioimisesta vanhuspalveluissa. Erityisenä huolenaiheena Nissinen näki tilanteet, joissa ikäihmiset ovat riippuvaisia ulkopuolisesta hoidosta. (Nissinen 1995, 50.)

Pro gradu -tutkielmani käsittelee vanhustyöntekijöiden näkemyksiä sukupuolen ja seksuaalisen suuntautumisen moninaisuudesta laitoshoidon kontekstissa. Sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien vanhusten kohtaaminen ja palveluntarpeiden huomioiminen on vasta nousemassa keskustelunaiheeksi Suomessa, vaikka Nissisen esittämästä kysymyksestä on kulunut jo lähes kaksikymmentä vuotta. Tieteellistä tutkimusta aiheesta ei maassamme ole vielä tehty, vaikka sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien kohtaamista ja kokemuksia sosiaali- ja terveyspalveluista onkin tarkasteltu myös suomalaisessa kontekstissa (esim. Lehtonen 1997; Nissinen 1995; Tuovinen ym. 2011; Vilka 2010). Sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien omat kokemukset ovat olleet näissä teoksissa keskeisiä, eikä sosiaali- tai terveysalan ammattilaisten käsityksiä ole tarkasteltu laajasti. Lisäksi keskustelu on paikantunut sosiaali- ja terveyspalveluihin yleisellä tasolla, keskittymättä sen erityisemmin vanhuspalveluihin.

Ensimmäisenä varsinaisena avauksena aiheeseen voi pitää Sari Irnin ja Jan Wickmanin laatimaa kansainvälistä tutkimukseen perustuvaa julkaisua *Seksuaali- ja sukupuolivähemmistöt, vanheneminen ja palveluntarpeet*. Vuonna 2010 julkaistussa tutkimuskatsauksessa käsitellään sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöjen vanhenemiseen liittyviä kysymyksiä terveys-, hoiva- ja asumispalvelujen näkökulmasta. Katsaus osoittaa, että sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvat ikäihmiset kokevat sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttöön liittyviä pelkoja ja huolia erityisesti hoitohenki-

lökunnan ennakkoluulojen ja tiedon puutteen vuoksi (Irni & Wickman 2010).

Suomessa sukupuolen ja seksuaalisen suuntautumisen moninaisuuden ja ikääntymisen yhteyksiä on harvoin tarkasteltu myöskään julkisuudessa (Lehtonen 2007, 52). Julkista ikääntymiskeskustelua on värittänyt lähinnä kiistely rajallisista resursseista sekä huoli vanhuspalveluiden laadusta. Sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöjä koskeva keskustelu on sen sijaan painottunut nuoriin, työikäisiin sekä perheisiin. Esimerkiksi sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöjen asemaa ja oikeuksia ajavan Seta ry:n projektitoiminta on ollut hyvin nuorisokeskeistä (Seta 2014a).

Vuonna 2012 Seta ry:ssä käynnistyi historian ensimmäinen ikääntyneiden sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien asioita ajava projekti *Yhdenvertainen vanhuus*, jonka tarkoituksena on nostaa marginaaliin jäänyt vanhusnäkökulma osaksi sukupuolen ja seksuaalisen suuntautumisen moninaisuuden tarkastelua. Tätä ennen sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien ikääntymiseen liittyviä kysymyksiä työstiin lähinnä HLBTI-ikäihmisten omissa yhdistyksissä, kuten Mummolaakso ry:ssä ja Suomen Karhut Finn-Bears Ry:ssä¹. Työskentelin Setan hankkeessa puoli vuotta projektiassistenttina. Tutkielmantekoa ajatellen koen tämän tärkeäksi, sillä olen päässyt tutustumaan aiheeseen ja siitä tehtyyn tutkimukseen aitiopaikalta. Lisäksi olen saanut mahdollisuuden käydä lukuisia keskusteluja aiheen tiimoilta niin sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien ikäihmisten kuin HLBTI-kysymyksiin perehtyneiden asiantuntijoiden kanssa.

Kansainvälistä HLBTI-ikäntymistutkimusta on tehty verrattain paljon, ja sen painopisteenä ovat olleet vanhukset itse. Suurimmassa osassa amerikkalaista ja eurooppalaista tutkimusta selvitetään sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien vanhusten omia kokemuksia sosiaali- ja terveystalveta. Yhteistä näille tutkimuksille vanhusnäkökulman lisäksi on se, että ne painottavat sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöön kuuluvia ryhmänä, jolla on erityistarpeita (esim. Price 2012; Redman 2012; Witten 2008). Tietyt historialliset ja kulttuuriset seikat ovat vaikuttaneet

¹ *Mummolaakso ry* on vuonna 1994 perustettu yhdistys, jonka tarkoituksena on edistää lesbojen ja bi-naisten keskinäistä solidaarisuutta ja huolenpitoa. Yksi Mummolaakson kantavia ideoita on ajatus omasta vanhainkodista tai palvelutalosta. (ks. Mummolaakso 2014.)

Suomen Karhut Finn-Bears ry on perustettu vuonna 2002. Yhdistys pyrkii edistämään erityisesti vanhempien homo- ja bi-miesten asemaa yhteiskunnassa sekä homoyhteisön sisällä. (Seta 2014b.)

ja muokanneet yksilöiden kokemuksia, ja tutkimuksista voi sekä eksplisiittisesti että implisiittisesti lukea sen, että HLBTI-ikäihmiset käsitetään jollakin tapaa heteroikätovereistaan erillisenä ryhmänä, jolla on yhteinen kollektiivinen identiteetti (Rosenfeld 2003).

Tutkielmassani en sanoudu irti yllämainitusta käsityksestä kollektiivisesta identiteetistä, mutta sitäkin oleellisempänä pidän vanhuuden, sukupuolisuuden ja seksuaalisen suuntautumisen näkemistä intersektionaalisesti toisiaan leikkaavina, toisensa sisään sulkevin ja toisiaan muokkaavina ulottuvuuksina (ks. esim. Rossi 2008a, 30). Esimerkiksi feministisessä tutkimuksessa intersektionaalisuus on noussut keskeiseksi näkökulmaksi, sillä yksin sukupuolen tai seksuaalisuuden käyttämistä analyysin perustana ei enää katsottu riittäväksi, vaan huomioon oli otettava muitakin tekijöitä, kuten ikä, etnisyys tai yhteiskuntaluokka (mt., 30).

1.1 Tutkimusongelma ja tutkimuksen tavoite

Tutkielmani lähtöoletuksena on, että vanhainkodeissa työskentelevillä hoitajilla ei ole tarpeeksi tietoa tai valmiuksia kohdata sukupuolen ja seksuaalisen suuntautumisen moninaisuutta työssään. Oletus pohjautuu syksyllä 2012 Yhdenvertainen vanhuus -projektille tekemäni selvitykseen, jossa kartoitettiin pääkaupunkiseudun vanhainkodeissa työskentelevien hoitajien käsityksiä sukupuolen ja seksuaalisen suuntautumisen moninaisuudesta. Kartoituksesta selvisi, että suurin osa hoitajista ei ollut kohdannut sukupuoli- tai seksuaalivähemmistöihin kuuluvia vanhuksia työssään. Koulutusta aihepiiristä oli saatu hyvin vähän. Sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien vanhusten näkymättömyys vanhuspalveluissa näytti lisäksi johtavan siihen, että sukupuolen ja seksuaalisen suuntautumisen moninaisuutta ei aina koettu tarpeelliseksi ottaa huomioon hoitotyössä. (ks. Valtonen 2012.)

Selvitystä tehdessäni ja varsinkin sen jälkeen mieltäni jäi askarruttamaan se, miksi hoitajat kokivat moninaisuuden kohtaamisen työssään niin vieraaksi ja vaikeaksi. Yhtäältä hoitajien ammattietiikka kyllä velvoittaa heitä turvaamaan jokaiselle yhdenvertaisen hoidon (Sairaanhoitajaliitto 2014), mutta toisaalta hoitajat kokevat, ettei heillä ole aikaa ottaa huomioon heterovanhustenkaan tarpeita (Valtonen 2012, 19–20).

Pro gradu -tutkielmani johtavana ideana on tämä jännite hoitajien ammatillisten arvojen ja käytännön hoitotyön vaatimusten välillä. Tätä jännitettä värittää edelleen laitoshoidon konteksti rajaavana ja rajoittavana instituutiona.

Pro gradu -tutkielmassani tutkin vanhusten sijaan vanhainkodeissa työskentelevien hoitajien näkemyksiä. Hoitajanäkökulma on jäänyt selkeästi sivuun, kun aiheesta tehdyt tutkimukset ovat keskittyneet vain vanhusten tilanteiden kartoittamiseen. Lisäksi tutkielmassani painotan pitkäaikaisen laitoshoidon merkitystä yhtäältä vanhusten elämää rajoittavana tekijänä sekä toisaalta hoitotyön reunaehtojen asettajana. Tässä painotuksessa tukeudun brittiläis-australialaisen sosiologin Bryan S. Turnerin teoretisointiin ikääntymisestä sosiaalisena riippuvuutena. Lisäksi tarkastelen vanhainkotia rajoituksia asettavana kontekstina tai goffmanilaisittain totaalisenä laitoksena.

Pro gradu -tutkielmani tarkoituksena on tutkia, millaisia käsityksiä hoitotyöntekijöillä on seksuaalisen suuntautumisen ja sukupuolen moninaisuudesta, kun kontekstina on vanhainkoti.

Tutkimuskysymykseni on:

- 1) minkälaiset valmiudet hoitotyöntekijöillä on sukupuolen ja seksuaalisen suuntautumisen moninaisuuden kohtaamiseen vanhustyössä?
Lisäksi kysyn:
- 2) minkälaisia haasteita työntekijät näkevät kohtaamiselle olevan sekä minkälaisina työntekijät kokevat omat toiminta- ja vaikutusmahdollisuutensa?
- 3) miten hoitajat suhteuttavat toimintansa yhtäältä ammatillisiin arvoihin ja toisaalta käytännön hoitotyön arkeen?

Vaikka tutkin hoitotyöntekijöiden käsityksiä vanhustyön ja nimenomaan laitoshoidon kontekstissa, on tärkeää muistaa, että kaikki vanhukset eivät tule elinaikanaan laitoshoidon piiriin. Vanhustyötä tekevät kohtaavat sukupuolen ja seksuaalisen suuntautumisen moninaisuutta myös kotipalvelun ja tuettujen asumispalvelujen piirissä. Pro gradu -tutkielmassani käsittelen kuitenkin vain laitoshoidoa juuri sen totaalisen luonteen vuoksi.

Tutkielmallani on kaksi toisiinsa limittyvää tavoitetta. Yhtäältä tutkielma paikkaa sitä suomalaisen tutkimuksen aukkoa, joka sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien vanhenemisen ja palveluntarpeiden tutkimuksessa on. Lisäksi hoitotyöntekijöiden näkökulman esiin tuominen tuo vuoropuhelua tutkimuskenttään, sillä tähän mennessä niin yhdysvaltalainen kuin eurooppalainenkin tutkimus on keskittynyt suureksi osaksi HLBTI -näkökulmaan.

Toisaalta tutkielmani tavoitteena on tuottaa tietoa Seta ry:n Yhdenvertainen vanhuus -projektin käyttöön. Suomalaisten vanhustyöntekijöiden valmiuksien tarkastelu viitoittaa suuntaa, johon sukupuolen ja seksuaalisen suuntautumisen moninaisuutta käsittelevää koulutusta voidaan kehittää. Näin ollen pro gradu -tutkielmallani on myös kehittämistoiminnallinen tehtävä.

Sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöjen ikääntymistä koskevan tiedon tarve Suomessa on suuri, joten tutkimuksen voi nähdä yhteiskunnallisesti hyvin relevanttina. Suomen väestö ikääntyy ja myös suuriin ikäluokkiin kuuluvia on jo nyt palvelujen piirissä ja niiden tarpeessa. Vanhuspoliittisessa keskustelussa tulisi kiinnittää huomiota vanhusten moninaisuuteen ja siihen, miten vanhustyöntekijöitä valmistetaan ja ohjeistetaan kohtamaan tämä heterogeeninen asiakkaiden joukko. Yksilöllisen, asiakaslähtöisen hoidon korostaminen hoitotyön lähtökohtana ei enää riitä, vaan on tarkasteltava, mitä nämä käsitteet oikeasti pitävät sisällään ja minkälaisia haasteita laitoshoidon konteksti asettaa näiden periaatteiden toteuttamiselle.

1.2 Tutkimuksen rakenne

Aloitan tutkielmani avaamalla keskeisimpiä sukupuolen ja seksuaalisen suuntautumisen moninaisuutta kuvaavia käsitteitä sekä valottamalla heteronormatiivisuuden merkitystä hoitoympäristössä. Lisäksi erittelen sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien ikääntymistutkimuksen painopisteitä, joiden kautta pyrin luomaan käsityksen tutkimuskentän sisällöstä sekä paikantamaan oman tutkimukseni.

Sukupuoleen ja seksuaaliseen suuntautumiseen liittyvän käsitteistön sekä HLBTI-ikäntymistutkimuksen esittelyn jälkeen siirryn tarkastelemaan hoitoa, hoivaa ja vanhuutta. Käyn lyhyesti läpi suomalaista hoitokontekstia, jonka kautta lähestyn sitä, miten hoitotyö on yleensä käsitetty ja minkälaisia eettisiä periaatteita siihen on liitetty.

Lisäksi syvennyn sosiologi Bryan S. Turnerin teoretisointiin vanhuudesta sosiaalisena riippuvuutena. Tutkielmani kannalta merkityksellistä Turnerin ajatuksissa on se, miten insitutionalisoituessa vanhus menettää autonomiansa ja tulee sosiaalisesti riippuvaiseksi, sillä hänellä ei nähdä enää olevan kykyä vastavuoroisuuteen. Hän kuvaa vanhusten tilannetta myös sosiaalisen kuoleman käsitteellä.

Turnerin yhteydessä avaan Goffmanilaista totaalisen instituution käsitettä tarkoitukseni avata kontekstia, jossa sosiaalinen riippuvuus ja sosiaalinen kuolema tapahtuvat. Erittelen laitoshoidtoa instituutiona, joka rajaa ja rajoittaa sekä laitoksessa asuvien että työskentelevien toimintaa. Luvussa 4.4 yhdistän Goffmanin stigman hallinnan teorian sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien identiteetin salaamista kuvaavaan kaapin metaforaan, ja avaan HLBTI-ikäihmisten asemaa moninkertaisesti stigmatisoituneena ryhmänä.

Luvussa viisi kuvaan aineiston keruuta ja tutkielman toteutusta. Käyn läpi analyysin etenemistä ja sen metodologisia lähtökohtia. Lisäksi pohdin haastattelumenetelmän haasteita sekä tarkastelen omaa tutkijapositioniani suhteessa haastateltaviin.

Kuudes luku aloittaa tutkimuksen empiirisen osion eli aineiston analyysin. Analyysi on toteutettu kaksivaiheisesti aineistolähtöistä sisällönanalyysia sekä diskurssianalyysista vaikutteita saanutta lähestymistapaa hyödyntäen. Käyn analyysin vaiheet läpi sekä tarkastelen aineistoa tutkimuskysymysteni valossa. Johtopäätöslukuun olen koonnut keskeisimmät tutkimustulokset. Pohdin mahdollisia jatkotutkimuskysymyksiä sekä arvioin tutkimustuloksia suhteessa aikaisempaan tutkimukseen.

2 Käsitteitä ja terminologiaa

Länsimaisissa yhteiskunnissa sukupuoli käsitetään usein olemuksellisena ja objektiivisena, sukupuolieroon perustuvana faktana. Sukupuolieron juuret ovat tämän käsityksen mukaan fysiologiassa ja anatomiassa. (Ardener 2005, 3.) Tämän lisäksi yhteiskunnassamme vallitsee käsitys heteroseksuaalisuudesta normaalina ja oikeana, jolle muut seksuaaliset suuntautumiset ovat alisteisia. Tässä luvussa avaan tutkielmani keskeisimpiä käsitteitä: sukupuolen ja seksuaalisen suuntautumisen moninaisuutta sekä sukupuoli- ja heteronormatiivisuutta.

2.1 Sukupuolen ja seksuaalisen suuntautumisen moninaisuus

Käsitys sukupuolesta biologisperustaisena, itsestään selvänä, luonnollisena ja pysyvänä ominaisuutena elää kulttuurissamme vahvasti (Aarnipuu 2008, 13). Tutkielmaani ohjaa kuitenkin ajatus sukupuolen ja seksuaalisen suuntautumisen moninaisuudesta tai monimuotoisuudesta, joka ei ole palautettavissa biologiaan. Sukupuoli on moninainen sekä ilmiönä että yksilötasolla. Toisin sanoen sukupuoli on moninainen biologisesti, kulttuurisesti sekä sosiaalisesti. Lisäksi yksilö voi kokea oman sukupuolensa monimuotoisena. (Transtukipiste 2014b.)

Seksuaalisen suuntautumisen moninaisuudella tarkoitetaan sitä, että ihmiset ovat seksuaalisesti suuntautuneita monin tavoin: osa on kiinnostunut muodostamaan rakkaus- tai seksisuhteen miehen, naisen, joko miehen tai naisen tai ei kummankaan kanssa. Sukupuolen moninaisuudella taas viitataan siihen, että ihminen kokee ja ilmaisee sukupuoltaan monimuotoisesti. (Lehtonen 2007, 18.) Osa ihmisistä kokee esimerkiksi olevansa mies-nais-jaon ulkopuolella tai välillä, ja osa tuntee tarvetta ilmaista itsessään molempia sukupuolia (Vilkkä 2010, 20, 43).

Käytän tutkielmassani käsitteitä sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöt, kun viitataan ihmisiin, jotka haastavat vallitsevia sukupuoli- ja heteronormin mukaisia käsityksiä sukupuolesta ja seksuaalisesta suuntautumisesta (Haataja 2011, 3; Lehtonen 2007, 18–19). Sukupuolivähemmistöillä tarkoitan transsukupuolisia, transgendereitä,

transvestiitteja ja intersukupuolisia². Seksuaalivähemmistöillä käsitan homot, lesbot ja biseksuaalit³. (Mustola & Pakkanen 2007, 13.) Moninaisuuden ja vähemmistön käsitteet linkittyvät tutkielmassani toisiinsa siten, että käsitan sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvat ihmiset henkilöinä, jotka tekevät seksuaalisen suuntautumisen ja sukupuolen moninaisuuden näkyväksi (Lehtonen 2007, 18).

Sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöistä puhuessa käytän myös lyhennettä HLBTI, joka tulee sanoista homot, lesbot, biseksuaalit, transihmiset ja intersukupuoliset. Lyhenne LGBT (lesbian, gay, bi, transgender) on vakiintunut käyttöön myös sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöjä käsittelevässä englanninkielisessä tutkimuksessa. Myös pohjoismaissa HLBT-lyhennettä käytetään melko vakiintuneesti (esim. Socialstyrelsen 2008, 8–9). Lyhenteiden käyttöön liittyy kuitenkin myös ongelmia, sillä ne eivät kata sukupuolen ja seksuaalisen suuntautumisen koko kirjoa. Lyhenteen käyttäminen jättää väistämättä ulkopuolelle sellaisia sukupuoleltaan ja seksuaaliselta suuntautumiseltaan moninaisia henkilöitä, jotka eivät identifioi itseään homoiksi, lesboiksi, bi- tai transihmisiksi. On siis todettava, että sukupuolen ja seksuaalisen suuntautumisen moninaisuutta on mahdotonta redusoida yhteen yksittäiseen käsitteeseen. Seksuaalisen suuntautumisen ja sukupuolen moninaisuutta kuvaava kieli on jatkuvasti liikkeessä ja alituisen muutoksen tilassa, minkä vuoksi HLBTI-lyhennettä ei tule ajatella staattisena

² *Transsukupuolisella* tarkoitetaan henkilöä, joka ei koe kuuluvansa sukupuoleen, johon hänet on syntymässä määritelty (Aarnipuu 2008, 72). Osa transsukupuolisista korjaa kehoaan vastaamaan koettua sukupuolta. Tämä tapahtuu yleensä hormonihoidoin tai kirurgisesti. Suomessa sukupuolen juridinen vahvistaminen edellyttää psykiatrista diagnoosia, 18 vuoden ikää, Suomen kansalaisuutta, hedelmättömyyttä sekä sitä, että henkilö on elänyt kokemansa sukupuolen roolissa vähintään kaksi vuotta (Transtukipiste 2014a).

Transgender-termiä käytetään Suomessa, kun puhutaan henkilöistä, jotka ovat mies-nais-jaon ulkopuolella tai jossakin välillä. Osa transgendereistä ei koe tarvetta määritellä ollenkaan sukupuoltaan tai he voivat kokea olevansa monisukupuolisia tai muunsukupuolisia. Toisin sanoen heillä on omanlaisensa sukupuolikokemus. Kansainvälisesti transgender-termiä käytetään usein kattokäsitteenä kaikille transihmisille. (mt.)

Transvestiiteiksi kutsutaan henkilöitä, joilla on tarve ilmaista toista sukupuolta itsessään esimerkiksi pukeutumalla tai meikkaamalla. Transvestisuudesta käytetään myös termiä ristiinpukeutuminen, joskin ristiinpukeutumisen voi ajatella viittaavan erityisesti sukupuolen ilmaisun toiminnalliseen ulottuvuuteen (ks. Leinonen 2003, 31). Tutkielmassani tarkoitan transvestisuudella identiteettiin liittyvää sukupuolen ilmaisua.

Intersukupuolisuus on synnynäinen tila, jossa yksilön keholliset sukupuolta määrittävät ominaisuudet eivät ole yksiselitteisesti miehen tai naisen (Shaw 2005, 21).

³ *Homoilla* ja *lesboilla* tarkoitetaan henkilöitä, jotka tuntevat emotionaalista, romanttista sekä eroottista vetoa samaa sukupuolta kohtaan. Voidaan puhua myös homoseksuaalisesti tuntevista (ks. Juvonen 2002). *Biseksuaalisuudella* tarkoitetaan sitä, että henkilö tuntee vetoa sekä miehiä että naisia kohtaan, tai ei koe tarpeelliseksi määritellä seksuaalista suuntautumistaan.

tai universaalina käsitteenä (ks. Aarnipuu 2008, 62). Kieliasun selkeyttämiseksi olen kuitenkin päättänyt käyttämään muiden termien lisäksi myös edellä mainittua lyhennettä.

Sukupuolen ja seksuaalisen suuntautumisen käsittäminen moninaisina juontaa juurensa queer-teoriasta. Queer-teorian taustalla ovat vaikuttaneet niin homo- ja transyhteisöjen poliittinen liikehdintä kuin feminismi, naistutkimus sekä homo- ja lesbotutkimus. Queer-teorioiden pyrkimys on kuitenkin nähdä sukupuoli toisin kuin homo- ja lesbotutkimuksessa, sekä nostaa seksuaalisuus ja sen moninaisuus osaksi sukupuolen tutkimusta. (Aarnipuu 2006, 19.) Queer-tutkimuksen keskiössä on siis liikkumattomina ja ylihistoriallisina pidettyjen seksuaalisten ja sukupuolisten kategorioiden sekä heteronormatiivisuuden kyseenalaistaminen. Näin ollen queer-tutkimus pyrkii purkamaan vallitsevia tapoja puhua seksuaalisuudesta, identiteeteistä ja vallasta. (Sorainen 2005, 23.) Sekä queer-käsitteen että queer-teorian tai -tutkimuksen määrittelemineen on kuitenkin hankalaa, sillä queer-teoria pyrkii nimenomaan eroon sitovista määreistä (Kekki 2004, 28). Queeria käytettiin kauan homojen, lesbojen ja transihmisten haukkumasanana, mutta sittemmin käsite on muodostunut kuvaamaan HLBTI-ihmisten identiteettiä positiivisessa mielessä (Aarnipuu 2006). Joidenkin määritelmien mukaan queer-tutkimus voi olla mitä tahansa tutkimusta, jossa kyseenalaistetaan itsestään selviä merkityksiä ja valtasuhteita (Browne & Nash 2010, 4). Näin ollen se paikantuu monen eri tieteenalan sisälle, välille ja risteyksiin.

Kenties tunnetuimman queer-teoreetikon ja edelläkävijän Judith Butlerin teos *Hankala sukupuoli* on yksi queer-tutkimuksen merkkiteoksista (Rossi 2008b, 42). Vaikka Butler ei varhaisessa tuotannossaan vielä käyttänytkään queer-käsitettä, pidetään hänen muotoiluun sukupuolesta ja sen moninaisuudesta sysäyksenä tutkimusalan synnylle Michel Foucault'n seksuaalisuuden historisoinnin ohella (mt., 42–43). Butlerin lisäksi Eve Kosofsky-Sedgwick luetellaan usein queer-teorian merkkihenkilöksi (Roden 2005, 27–28; Rossi 2008b, 42). Sedgwick on tunnettu teoksestaan *Epistemology of the Closet*, jossa hän teoretisoi kaappia (the closet) tieto-opillisesti (Sedgwick 2008 [1990]). Kaapin metafora kuvaa normien vastaisten seksuaalisuuksien salassapitoa. Kaappi toimii siis kiellettyjen seksuaalisuuksien rajaajana yksityisyyden piiriin, ja samalla luo tietämisen ja ei-tietämisen artikuloimattomia alueita, julkisen ja salatun rajankäyntiä. (Karkulehto

2007, 60–61; Kekki 2004, 32.)

Butlerin käsitys sukupuolen performatiivisuudesta sekä hänen pyrkimyksensä päästä pois sex-gender-jaottelusta ovat Hankalan sukupuolen kantavat teemat. Hän kiistää sen, että olisi olemassa staattinen biologinen sukupuoli, josta seuraisi tietynlainen sosiaalinen sukupuoli ja sen myötä halu vastakkaiseen sukupuoleen (Butler 2006 [1990]). Butlerille niin kutsuttu biologinen sukupuoli on yhtä kulttuurisesti tuotettu kuin sosiaalinenkin sukupuoli (Butler 2006, 55). Se on kulttuurinen tulkinta ruumiista, johon vaikuttavat ajalle tyypilliset ideologiat ja aatteet (ks. Lassila 1996, 151). Butlerin mukaan sukupuoli on tekemistä, johon sisältyy mahdollisuus toisin toistamiseen. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että sukupuolta voisi toistaa täysin vapaavalintaisesti, vaan se on tietyissä määrin pakkojen ja normien sanelemaa. Sukupuolta voidaan kuitenkin toistaa toisin myös vähemmän tietoisesti (Butler 2006; Rossi 2008b, 44).

Queer-lähestymistapaa on käytetty myös suomalaisessa tutkimuksessa. Muun muassa Tuula Juvosen (2002) ja Lasse Kekin (2003) väitöskirjat sekä Leena-Maija Rossin (2003) *Heterotehdas* voidaan lukea suomalaisen queer-tutkimuksen pioneeritöiksi. Niissä sovelletaan queer-näkökulmaa erilaisista tutkimuksellisista lähtökohdista ja eri tieteenaloiilla, mikä osoittaa, että queer-teoriaa voi käyttää monitieteellisesti. (Karkulehto 2006, 127.)

Omassa tutkimuksessani ei voi kuitenkaan metodologisesti puhua queer-lähestymistavasta, sillä en lähesty hoitajien puhetta queer-luennan avulla. Pikemminkin queer-teoreettinen tai moninainen käsitys sukupuolesta ja seksuaalisuudesta on tärkeä tutkielmani kannalta siksi, että transihmisiin liittyvät teemat jäävät helposti perinteisessä lesbo- ja homotutkimuksessa taka-alalle. Lisäksi sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien ikääntymiseen liittyvä tutkimus on usein keskittynyt homo-, lesbo- tai bi-näkökulmaan (Siverskog 2013, 38). Tässä tutkimuksessa haluan laajentaa tarkastelua niin, että sekä sukupuoli- että seksuaalivähemmistöihin kuuluvien vanhusten tilannetta tarkastellaan yhtä aikaa. Tämä luo käsitteellisiä haasteita sekä vaatii tarkkuutta erottaa ja eritellä sitä, milloin puhe on sukupuoli- ja milloin seksuaalivähemmistöistä. Lähtökohtana on kuitenkin se, että sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvat ihmiset ajatellaan heterogeenisenä joukkona. Queer-näkökulma toimii ikään kuin

tutkielmani taustalla viitekehystenä, jonka kautta hoitajien puhetta tarkastellaan, ei metodologisesti ohjaavana lukutapana.

2.2 Hetero- ja sukupuolinormatiivisuus

Normit ovat jaettuja uskomuksia, jotka ilmenevät esimerkiksi odotuksina ja oletuksina siitä, mitä kulloisessakin tilanteessa normaalisti tapahtuisi. Normeilla voidaan tarkoittaa myös käsityksiä siitä, miten kunkin pitäisi toimia tietyissä tilanteissa. (Scott 2011, 151.) Tutkielmani kannalta on keskeistä avata hoitoympäristön heteronormatiivisuutta ja sitä kautta sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien vanhusten näkymättömyyttä vanhustyössä. Tämä auttaa ymmärtämään kontekstia, jossa hoitajat toimivat.

Sukupuolinormatiivisuuden käsite liittyy läheisesti seksuaalisen suuntautumisen ja sukupuolen moninaisuuteen. Sukupuolinormatiivisuudella tarkoitetaan stereotyyppisiä sosiaalisia ja kulttuurisia oletuksia siitä, että jokainen ihminen täytyy kyetä määrittelemään joko mieheksi tai naiseksi. Toisin sanoen sukupuolinormatiivisuuteen liittyy oletus siitä, että ihminen ei voi olla olematta joko mies tai nainen. Jos ihmisen sukupuoli ei toteudu edellä kuvatulla tavalla, ajatellaan usein, että kyseessä on poikkeavuus. (Transtukipiste 2014b.)

Petri Sipilä (1998) esittää, ettemme sosiaalistu pojiksi tai tytöiksi siksi, että meidät puetaan sukupuolityypillisiin vaatteisiin tai meitä ohjataan tiettyihin leikkeihin ja ammatteihin. Hän vertaa sosiaalistumista sukupuoleen Peter Bergerin ja Thomas Luckmanin (1996) sosiaalisen todellisuuden rakentumiseen sekä instituutioiden kehittymiseen ja legitimaatioon. Sukupuoli olisi siis tästä näkökulmasta saavuttanut normatiivisen ulottuvuutensa siksi, että sukupuolisia ja sukupuolistettuja käytäntöjä on pidetty oikeina ja tarkoituksenmukaisina, legitiimeinä. (Sipilä 1998, 58, 62–63.) Sukupuoli on siis jotain, joka nähdään luonnollisena ja itsestään selvänä ominaisuutena (Wickman 2001, 13).

Aina sukupuoli ei kuitenkaan näyttäydy yksiselitteisenä. Esimerkiksi intersukupuolisuus haastaa sukupuolidikotomian (Shaw & Ardener 2005, 16). Intersukupuolisuus on käsitetty yleensä synnynnäisenä tilana, jossa ihmisellä on sekä tytön että pojan kehollisia sukupuolipiirteitä (Shaw 2005, 21). Intersukupuolisuuden hoito on

keskittynyt sukuelinten korjaamiseen tai ulkoisten sukupuolipiirteiden muokkaamiseen norminmukaisiksi (Venhola 2001, 18). Yhteiskunnassamme jokainen ihminen on määriteltävä mieheksi tai naiseksi, minkä vuoksi intersukupuolisten lasten hoidosta käydään kiivasta eettistä keskustelua. On ajateltu, että lapsen ei pitäisi joutua kärsimään ”poikkeavuudestaan”, minkä vuoksi hänen kehoaan päädytään korjaamaan vastaamaan sitä sukupuolta, johon hänet on päätetty kasvattaa (esim. Pimenoff 2006, 177). Kysymys on siitä, tulisiko pienten lasten sukuelinten korjaaminen kirurgisesti sallia, vaikka niissä ei olisi toiminnallisia ongelmia (Huuska 2008, 51–52). Toisin sanoen, missä määrin lapsen kehollista koskemattomuutta voidaan rikkoa sen nimissä, että hänet tulisi pakottaa kaksisukupuolijärjestelmän raameihin.

Heteronormatiivisuudella tarkoitetaan käsitystä luonnollisesta vetovoimasta kahden toisilleen vastakkaisen sukupuolen välillä (Irni & Wickman 2010, 40). Heteroseksuaalisuus esitetään ei-heteroseksuaalisuutta normaalimpana ja parempana tapana järjestää ihmisten välisiä suhteita (Juvonen 1997, 12). Sukupuolinnormatiivisuus ja heteronormatiivisuus ovat käsitteellisesti lähellä toisiaan, sillä ihmisten sukupuolittaminen kahdeksi toisilleen vastakkaiseksi sukupuoleksi on edellytyksenä heteroseksuaalisuudelle. Ilman vastakkaisia sukupuolia ei voisi olla vastakkaiseen sukupuoleen suuntautuvaa halua. Toisin sanoen kaksijakoinen sukupuolijärjestelmä tuottaa heteroseksuaalisen, vastakkaiseen sukupuoleen kohdistuvan halun (Butler 2006, 77; Haataja 2011, 56).

Heteronormatiivisuutta on aiemmin kuvattu myös pakkoheteroseksuaalisuuden ja heteroseksuaalisen sopimuksen käsittein (esim. Wittig 1992; Rich 2003 [1980]). Judith Butler sen sijaan käytti heteroseksuaalisen matriisin käsitettä, jolla hän foucaultilaisittain viittasi tuottavaan valtaan, joka jakaa ruumiit mieheksi ja naiseksi sekä tuottaa luonnollisena pidetyn halun näiden sukupuolten välille (Pulkinen 1996, 165). Tutkielmassani pitäydyn kuitenkin heteronormatiivisuuden käsitteessä, vaikka sitä onkin kritisoitu muun muassa siitä, että se häivyttää eroja eri heteroseksuaalisuuksien välillä ja siten rinnastaa normatiivisen heteroseksuaalisuuden heteronormatiivisuuteen (Rossi 2006, 22–23; Salonen 2006, 63). Sukupuolen ja seksuaalisen suuntautumisen moninaisuuden käsitteestä on tässä yhteydessä apua, sillä se tunnistaa ja pitää sisällään myös erilaiset heteroseksuaalisuudet.

Heteronormatiivisuus ja heteronormatiiviset käytännöt ulottuvat luonnollisesti myös hoitotyöhön. Heteronormatiivisuus ilmenee hoitoympäristössä muun muassa siten, että kaikkien asiakkaiden oletetaan olevan heteroseksuaaleja, kunnes asiakas tekee tai sanoo jotakin, mikä puhuu asiaa vastaan (Röndahl et al. 2007, 214). Heteronormi vahvistaa perinteisiä sukupuolirooleja ja käsityksiä perheestä, minkä vuoksi sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöjen moninaiset lähi- ja perhesuhteet voivat jäädä helposti huomioimatta. (Röndahl et al. 2006, 374–375; Socada 1998.)

Ruotsalainen Gerd Röndahl kollegoineen (2006) on tutkinut hoitotyössä tapahtuvan kommunikaation heteronormatiivisuutta. Heidän tutkimuksensa osoittaa, että hoitotyöntekijät ilmaisevat usein hetero-olettamuksia kohtaamisissaan asiakkaiden kanssa. Heteronormatiivisuus on läsnä puheessa sekä fyysisessä ympäristössä, kuten odotustiloissa ja lomakkeissa. Asiakkaita koskevissa tiedonkeruulomakkeissa ei välttämättä ole mahdollisuutta valita rekisteröityä parisuhdetta. Vielä harvinaisempaa on, että asiakkaan olisi mahdollista ilmoittaa sukupuolekseen jokin muu kuin mies tai nainen. Kun asiakas ei täytäkään hetero-olettamusta tai mahdu sukupuolinormiin, voi hoitohenkilökunta hämmentyä ja pahimmassa tapauksessa kommunikoida asiakkaan kanssa pysähtyy tähän (Röndahl et al. 2006, 379).

Heteronormatiivisuus rakenteissa ja kommunikaatiossa voi aiheuttaa sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluville ikäihmisille pelkoa kertoa avoimesti sukupuoli-identiteetistään, sukupuolen ilmaisustaan tai seksuaalisesta suuntautumisestaan (Hovey 2009, 100–101). Heteronormatiivisuus on usein niin syvälle juurtunutta, että hoitohenkilökunta voi tiedostamattaan käyttää normatiivista kieltä. Kyse ei siis aina ole ennakkoluulojen ilmaisusta tai suoranaisestä syrjinnästä, vaan hoitaja voi esimerkiksi kokea epävarmuutta ja pelkoa siitä, että puhuttelee asiakastaan väärin tai epäkorkein termein (Röndahl et al. 2006, 380). Usein kuitenkin jo siinä vaiheessa, kun asiakkaan taustatietoja tiedustellaan sosiaali- ja terveyspalveluissa, sukupuoli- tai seksuaalivähemmistöön kuuluva huomaa joutuvansa oletusarvojen ulkopuolelle (Nissinen 1997, 126). Asiakkaan todellinen identiteetti voi näin ollen jäädä näkymättömäksi, kun sille ei löydy paikkaa sosiaalisesta todellisuudesta (Crouch 1999; Röndahl et al. 2006, 373). Sosiaalisen todellisuuden rajamailla olemisesta seuraa helposti se, että sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvat jäävät näkymättömäksi

ryhmäksi vanhuspalveluissa ja vanhainkodeissa, kun he jo rakenteiden tasolla jäävät pois laskuista. Tästä seuraa se, että sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvia ei tunnisteta osaksi sosiaali- ja terveystalveluiden tai vanhuspalveluiden asiakasryhmää. (Socada 1998; Valtanen 2012). Vaikka HLBTI-ikäihmiset jäävät heteronormatiivisessa ympäristössä oletusarvojen ulkopuolelle, koskee sama ulosjääminen laajemminkin ikääntynyttä väestöä. Käsittelen tätä vanhuuteen liitettyä ulkopuolisuutta sosiaalisen vaihdon ja sosiaalisen riippuvuuden näkökulmasta sekä tarkastelen sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluviin vanhuksiin liitettyä stigmaa luvussa 4.4. Seuraavaksi avaan kuitenkin tarkemmin HLBTI-ikäntymistutkimuksen kenttää ja keskeisimpiä näkökulmia sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien ikääntymiseen.

3 Sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöt ja ikääntyminen

Kuten todettu, Suomessa ei ole aikaisemmin tehty akateemista tutkimusta, jonka fokuksena olisi ollut sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvat ikäihmiset (Wickman 2013, 251). Sari Irnin ja Jan Wickmanin (2010) katsaus *Sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöt, vanheneminen ja palveluntarpeet* on ensimmäinen Suomessa ilmestynyt aihetta käsittelevä julkaisu. Sen alkuunpanijana on ollut Setan vuonna 2012 käynnistynyt Yhdenvertainen vanhuus -projekti. Kuluneen kahden vuoden aikana projektin puitteissa on tehty kaksi selvitystä, joista ensimmäisessä kartoitettiin 50–80-vuotiaiden sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien vanhuuteen ja vanhuspalveluihin liittyviä toiveita ja tarpeita (ks. Jalava 2013). Lisäksi on selvitetty pääkaupunkiseudun vanhainkodeissa työskentelevien hoitajien näkemyksiä sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin liittyvistä vanhuksista ja heidän hoidostaan (Valtonen 2012)⁴.

HLBTI-ikäntymiskysymyksiin liittyvää tietoa ja tutkimusta suomalaisessa kontekstissa on siis varsin marginaalisesti. Tämän vuoksi olen joutunut tukeutumaan pitkälti muualla maailmassa tehtyyn tutkimukseen. Olen kuitenkin pyrkinyt lähestymään aihetta pääasiassa eurooppalaisen ja etenkin pohjoismaisen tutkimuksen kautta siitä syystä, että niiden sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmässä on eniten yhtäläisyyksiä suomalaisen systeemin kanssa (vrt. Wickman 2013, 253). Tästä huolimatta on pidettävä mielessä, että maissa on yhtäläisyyksien lisäksi myös eroavaisuuksia hyvinvointipolitiikan suhteen. Lisäksi paikoin on ollut relevanttia viitata myös esimerkiksi yhdysvaltalaiseen tutkimukseen, sillä etenkin transihmisiin ja ikääntymiseen liittyvä tutkimus on painottunut Amerikkaan. Jatkossa kutsun sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien ikääntymiseen ja vanhuuteen liittyvää tutkimuksen kenttää HLBTI-ikäntymistutkimukseksi.

⁴ Yhdenvertainen vanhuus -projektin puitteissa toteutettu, hoitotyöntekijöille suunnattu selvitys toteutettiin syksyllä 2012. Kyselyyn vastasi 92 vanhustyön ammattilaista. Selvityksen keskeisimpiä havaintoja oli se, että hoitajilla ei ollut juuri lainkaan koulutusta sukupuolen ja seksuaalisen suuntautumisen moninaisuuteen liittyvistä teemoista. Osa vastaajista ei myöskään kokenut lisätietoa tarpeelliseksi työtään ajatellen. Lisäksi sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin liittyvät asiat rinnastettiin seksuaalisuuteen yleensä, jolloin sukupuoli- ja seksuaali-identiteetteihin liittyvät tekijät jäivät taka-alalle. (Valtonen 2012.)

Tässä luvussa tarkastelen sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien ikääntymiseen ja vanhuuteen liittyviä asioita tehdystä tutkimuksesta käsin. Käyn aluksi läpi historiallisia oloja, joissa tämän päivän HLBTI-ikäihmiset ovat viettäneet nuoruuttaan. Tämän jälkeen erittelen sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien kokemuksia ikääntymisestä ja sosiaali- ja terveyspalveluista valottaakseni HLBTI-ikäihmisten asemaa vanhuspalveluissa. Lopuksi esitän, että sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvia ei tunnisteta vanhuspalveluissa, mikä on johtanut tarpeeseen kehittää hoitotyötä moninaisuutta huomioivammaksi.

3.1 Sairaiksi ja rikollisiksi leimattuina

Tämän päivän ikäihmiset ja vanhukset ovat eläneet nuoruutensa ja varhaisaikuisuutensa yhteiskunnassa, jossa suhtautuminen homouteen, lesbouteen, bi- ja transihmisyyteen on ollut varsin erilaista kuin nykyään. Suomalainen asenneilmasto on ollut hyvin negatiivinen, mitä tulee samaa sukupuolta olevien välisiin suhteisiin tai sukupuolinormin ulkopuolella olemiseen. Verrattuna esimerkiksi Tanskaan, jossa homoseksuaaliset teot poistettiin rikoslaista vuonna 1930, sama tapahtui Suomessa vasta 1971. Lisäksi homous luokiteltiin sairaudeksi aina vuoteen 1981 asti, transvestisuus vuoteen 2011 ja transsukupuolisuus yhä sukupuoli-identiteetin häiriöksi (Stålström 1997; Wickman 2013). Nuoruutta ja varhaista aikuisuutta on siis leimannut oman identiteetin salailu ja piilottelu: homomiehet tapasivat toisiaan pimeän tullen puistoissa ja julkisissa käymälöissä, naiset taas kotien turvissa (Juvonen 2002, 239–257). Transsukupuolisten sen sijaan oli hyvin vaikea päästä sukupuolenkorjausleikkauksiin tai saada tarvitsemaansa hormonihoitoa (Irni & Wickman 2013, 12; ks. myös Suhonen 2007, 59–61). Yhä tänä päivänä transihmiset tulevat kohdatuiksi yhteiskunnassamme sairausleiman kautta (ks. esim. Parikka 2012; Törmä ym. 2014, 194–196).

Sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien yhteisesti jaettua historiaa ja elinoloja on pidetty tärkeänä ikääntymisen näkökulmasta. Rikollisiksi ja sairaiksi leimaaminen on värittänyt ikäpolven kokemuksia ja viestinyt siitä, miten yhteiskunta heidät näkee. HLBTI-ikäntymistutkimuksessa korostetaan näiden historiallisten seikkojen merkitystä sille, miten sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvat kokevat vanhuuden.

Vähemmistöasema on nähty yhtäältä voimavarana, jonka avulla vanhuuden haasteista selvitään paremmin heteroikätovereihin verrattuna (Fenkl 2012). Elämänmittaiset kokemukset arvottamisesta ja syrjinnästä yhteiskunnassa ovat tuottaneet toimivia selviytymisstrategioita, joita voidaan soveltaa niin ikään vanhuuteen liittyviin ongelmiin (esim. Heaphy 2007, 194; Siverskog 2013, 32–33). Tästä puhutaan myös kriisikompetenssina (Kimmel 1978, 117). Esimerkiksi Kathleen Slevinin tutkimukseensa haastattelemissa iäkkäistä lesboista suuri osa koki, että selviytyminen heteronormatiivisessa ympäristössä stigmaa kantavana henkilönä auttoi hyväksymään vanhenemisen ja sen mukanaan tuomat haasteet (Slevin 2006, 254–255).

Toisaalta HLBTI-vanhukset on nähty erityisen haavoittuvaisena ryhmänä juuri sen vuoksi, että he kantavat ja ovat kantaneet suurta stigmaa (Rosenfeld 2003). Stigma asettaisi heidät siten epäasiallisen kohtelun ja syrjinnän vaaraan vanhuudessa, sillä muuttuneista yhteiskunnallisista oloista huolimatta sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin ja vanhuksiin suhtaudutaan vaihtelevasti. Lisäksi sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöjen omat yhteisöt ovat hyvin nuoruuskeskeisiä, minkä vuoksi ikääntyneet homot, lesbot, bi- ja transihmiset voivat kokea ikäsyrjintää myös yhteisöjensä keskuudessa (esim. Brotmal et al. 2003, 198). Esimerkiksi Robert Schopen (2005) tutkimus osoittaa, että homomiehet kokevat ikääntymisen kielteisemmin kuin lesbot niin ruumiillisesti kuin sosiaalisestikin. Tutkimukseen osallistuneet homomiehet kokivat, että homoyhteisö suhtautuu ikääntymiseen negatiivisesti. Schopen tutkimuksen valossa ikääntyminen näyttääkin tuovan haasteita nimenomaan homomiehille, jotka saattavat joutua kärsimään ikäsyrjinnästä myös omissa yhteisöissään, eivätkä vain heteronormatiivisessa ympäristössä. (Schope 2005, 34–35.)

3.2 Huolia ja pelkoja kohtaamisesta

Sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien kokemukset sosiaali- ja terveyspalveluista eivät ole mairittelevia. Moni on joutunut vastatusten henkilökunnan tietämättömyyden kanssa, ja esimerkiksi vastaanotolla valistamaan lääkäriä transsukupuolisuuden liittyvissä asioissa (Pimenoff 1998, 63–64; Witten 2008, 16). Osa on myös kokenut suoranaista syrjintää ja epäasiallista kohtelua sukupuoli-identiteettinsä tai seksuaalisen suuntautumisen vuoksi (Törmä ym. 2014). Monia sukupuoli- ja

seksuaalivähemmistöihin kuuluvia arveluttaakin se, miten hoitohenkilökunta on valmistautunut kohtaamaan sukupuoleltaan ja seksuaaliselta suuntautumiseltaan moninaisia ihmisiä (ks. Jalava 2013; Nissinen 2011, 68). Odotuksia vanhuspalveluista värittää huoli ja pelko hoitohenkilökunnan suhtautumisesta.

Suomalaisten sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien ikäihmisten kokemaa syrjintää ei ole tutkittu laajasti. Työelämässä sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kohdistuvaa kiusaamista ja syrjintää esiintyy jonkin verran, riippuen paljon siitä, kertooko työntekijä avoimesti seksuaalisesta suuntautumisestaan tai sukupuoli-identiteetistään (Mustola & Vanhala 2004, 46–54; Mustola 2004, 68–75). Yhdenvertainen vanhuus -projektin aikana toteutetun kartoituksen runsaasta sadasta HLBTI-ikäihmisestä 31 kertoi, että oli jättänyt sosiaali- ja terveysalan palveluita käyttämättä syrjinnän pelosta johtuen (Jalava 2013, 35). Varsinaisia syrjintäkokemuksia ei kyselyssä kartoitettu, mutta odotukset sosiaali- ja terveyspalveluita sekä niiden piirissä työskentelevien tietotaitoa kohtaan eivät olleet korkeat.

Sisäministeriö teetti selvityksen eri vähemmistöihin kuuluvien ikääntyvien henkilöiden kokemasta syrjinnästä sosiaali- ja terveyspalveluissa tutkielmani tekoaikana. Selvitys julkaistiin kesällä 2014. Sen mukaan sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvat ikäihmiset kokivat niin välitöntä kuin välillistä sekä rakenteellista syrjintää⁵. Seksuaalivähemmistöihin kuuluvien syrjintäkokemukset liittyivät etenkin vaikenemiseen, paheksumiseen ja seksualisoimiseen. Sukupuolivähemmistöt sen sijaan kokivat sairaaksi luokittelemista. Molempien ryhmien kokemaan syrjintään liittyi lisäksi huomiotta jättämistä, joka saattoi johtua hetero- ja sukupuolinormatiivisuudesta sekä tiedon puutteesta (ks. Törmä ym. 2014, 219.)

Kansainvälisen tutkimuksen mukaan sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvilla ikäihmisillä on pelkoja hoitohenkilökunnan mahdollisia homo- ja transfobisia asenteita kohtaan. Lisäksi he kantavat huolta siitä, miten heidän moninaiset lähi- ja

⁵ *Välitön* syrjintä on sitä, että henkilöä kohdellaan epäsuotuisammin kuin jotakuta muuta vertailukelpoisessa tilanteessa. *Välillisellä* syrjinnällä tarkoitetaan sen sijaan esimerkiksi käytäntöä, joka on näennäisesti puolueeton, mutta asettaakin jonkun epäedulliseen asemaan muihin nähden. *Rakenteellinen* syrjintä viittaa lainsäädäntöön, palveluun tai käytäntöön, joka on itsessään syrjivä. (Törmä ym. 2014, 15–16.) Esimerkiksi perhepalvelut ovat usein laadittu heteroydinperheiden tarpeita ajatellen, jättäen näin ulkopuolelle muun muassa sateenkaariperheet (ks. Kuosmanen & Jämsä 2007, 102).

perhesuhteensa tunnustetaan ja otetaan huomioon vanhuspalveluissa (Hinrichs & Vacha-Haase 2010, 778). Erityistä pelkoa herättää laitoshoitoon joutuminen, jolloin yksilö menettää suuren osan autonomiastaan ja tulee riippuvaiseksi hoitajista (Wickman 2013, 262). Verrattuna heteroikätovereihin, sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvista monilla, etenkin homomiehillä, ei ole lapsia, ja he elävät harvemmin parisuhteessa (Almack et al. 2010, 909; Irni & Wickman 2013, 53; Nissinen 2011, 68). Tämä tarkoittaa sitä, että sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvilla ei välttämättä ole laajaa sosiaalista tukiverkostoa, jolta voisi saada tukea. Tilanne voi myös olla se, että aikaisemmin heteroavioliitossa elänyt on tullut perheensä hylkäämäksi kerrottuaan seksuaalisesta suuntautumisestaan tai sukupuoli-identiteetistään (Meisner & Hynie 2009, 53). On kuitenkin tutkittu, että HLBTI-vanhusten kohdalla ystävien ja muiden ei-biologisten läheisten merkitys tuenantajina korostuu. Puhutaan valituista perheistä, jotka voivat koostua esimerkiksi läheisistä ystävistä (Grossman et al. 2000; Shippy et al. 2004). Näin ollen merkityksellistä on se, miten normista poikkeavat perheet ja läheissuhteet huomioidaan ja tunnustetaan vanhuspalveluissa.

Sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien ikäihmisten pelot vanhuspalveluita kohtaan eivät ole vain kuvitteellisia, sillä tutkimukset osoittavat, että osa sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvista vanhuksista todella joutuu epäasiallisen kohtelun uhriksi sosiaali- ja terveyspalveluiden piirissä (Cahill 2002, 5; Hovey 2009; Witten 2008, 8). HLBTI-vanhukset kokevat niin verbaalista kuin fyysistäkin häirintää (Fredriksen-Goldsen et al. 2011, 3). Häirintä tai epäasiallinen kohtelu voi olla suoraa tai epäsuoraa. Transvestiittimiehen kaapin lukitseminen hoitoyksikössä, jotta hän ei pääsisi pukeutumaan mekkoon tai hormonihoitoon evääminen iäkkäältä transsukupuoliselta ovat esimerkkejä suorasta epäasiallisesta kohtelusta (Parikka 2012, 26). Lisäksi HLBTI-vanhukset voivat tulla syrjityiksi myös epäsuorasti, mikäli vanhuspalvelut eivät tunnista tai tunnusta heidän olemassaoloaan (Witten 2008).

3.3 Heteronormatiivisista käytänteistä moninaisuuden huomioimiseen

Omassa tutkimuksessani en tarkastele HLBTI-ikäihmisten kokemuksia ja odotuksia vanhuspalveluihin liittyen, vaikka tämäkin toki olisi tarpeellista. Tarkoitukseni on sen sijaan tutkia sitä, minkälaisena tämä pelätty laitoshoido ja sen toimintakulttuuri

näyttäytyy hoitajien puheessa. Samalla pyrin etsimään vastauksia siihen, ovatko sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien pelot aiheellisia tai oikeammin, miten ne suhteutuvat hoitajien puheeseen ja kertomaan.

Lähinnä omaa tutkimusaihettani ovat ruotsalaisten Gerd Röndahlin (2004) sekä Lina Norrmanin ja kumppaneiden (2010) tutkimukset. Röndahl on tutkinut hoitajan ja asiakkaan verbaalin ja non-verbaalin kommunikaation heteronormatiivisuutta, jota käsittelin luvussa 2.2, sekä hoitajien asenteita sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöjä kohtaan (Röndahl et al. 2004; Röndahl 2005). Norrman ja kumppanit ovat sen sijaan tarkastelleet, minkälaisia käsityksiä umeälaisilla vanhainkotien esimiehillä on HLBTI-kysymyksistä sekä minkälaisia niitä koskevia valmiuksia heillä on (Norrman et al. 2010; Norrman et al. 2013, 229). Esimiehet korostivat toistuvasti kaikkien ihmisten tasa-arvoista kohtelua ja painottivat, ettei seksuaalinen suuntautuminen tai sukupuoli-identiteetti saanut vaikuttaa siihen, kuinka vanhus kohdataan (Norrman et al. 2013, 237). HLBTI-kysymysten esiin nostaminen koettiin kuitenkin tarpeettomana, sillä niiden ei ajateltu olevan ajankohtaisia (mt., 245).

Näiden tutkimusten mukaan hoitohenkilökunta suhtautui pääasiassa neutraalisti tai myönteisesti sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluviin ihmisiin, mutta vuorovaikutus asiakkaan kanssa tapahtui heteronormatiivisista oletuksista käsin (Röndahl 2004 et al.; Röndahl et al. 2006). Lisäksi Norrman ja kollegat painottivat, että esimiesten tapa puhua samanlaisuusperiaatteen nimissä sisälsi kaksi eri puolta: kaikkien yhdenvertaisen kohtelun ja kaikkien kohtelun samalla tavalla tarpeesta riippumatta (Norrman et al. 2013). Heidän mukaansa jälkimmäinen on vaarana silloin, kun korostetaan kaikkien kohtelua samalla tavalla, jolloin sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien vanhusten tarpeet voivat jäädä huomiotta.

Sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvat ikäihmiset nähdään usein ryhmänä, jolla on erityistarpeita (Brotman et al. 2003; Hinrichs & Vacha-Haase 2010, 776). Toisin sanoen HLBTI-vanhuksilla nähdään olevan heteroikätovereistaan poikkeavia vanhuuteen ja ikääntymiseen liittyviä tarpeita, jotka vaativat erityistä huomiota (vrt. tutkimus sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien erilaisista ikääntymiskokemuksista). Tätä näkemystä on osittain kritisoitu siitä, että se olettaa

seksuaalisen suuntautumisen ja sukupuoli-identiteetin staattiseksi ja ainoiksi yksilön kokemuksia määrittäviksi tekijöiksi (esim. Heaphy 2007, 193–194; ks. myös Siverskog 2013, 33–34). Toisin sanoen oletuksena on se, että sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvat kokevat vanhuuden eri tavalla verrattuna heteroikätovereihinsa nimenomaisesti seksuaali- tai sukupuoli-identiteetistään johtuen (Meisner & Hynie 2009, 55–56).

Ratkaisuksi ongelmaan on esitetty intersektionaalista lähestymistapaa, joka ottaisi huomioon sukupuolen ja seksuaalisen suuntautumisen moninaisuuden ja sitä kautta tunnustaisi, että HLBTI-vanhukset eivät ole homogeeninen ryhmä, vaan joukko erilaisia ihmisiä erilaisine tarpeineen (Cronin & King 2010, 877). Tärkeää tässä on korostaa sitä, että vaikka on tarpeellista tunnustaa sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien (erityis)palveluntarpeet, eivät kaikki tarpeista ole palautettavissa seksuaaliseen suuntautumiseen tai sukupuoli-identiteettiin tai selitettävissä niillä (ks. Lehtonen 2006, 45). Yhteiskuntamme hetero- ja sukupuolinormatiiviset rakenteet sekä seksuaalisuuden ja sukupuolen normatiivinen arvottaminen sulkee joka tapauksessa ulos niitä, jotka eivät mahdu kaksisukupuolijärjestelmän raameihin, ja siten pitää yllä sukupuolten ja seksuaalisuuksien välisiä valta-asetelmia. Lisäksi sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien ikääntymiskokemusten tarkastelua elämäkerrallisesti tai kollektiivisen identiteetin kautta on pidetty toimivana, sillä se ottaa huomioon sosiaaliset, kulttuuriset ja ajalliset seikat, jotka muokkaavat kokemuksia ikääntymisestä (Fredriksen-Goldsen & Muraco 2010, 373–374).

Sosiaali- ja terveyspalveluita on kritisoitu niiden heteronormatiivisuudesta ja sitä kautta sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöjen ulossulkemisesta. Röndahlin ja kollegoiden edellä mainitsemani tutkimukset osoittavat, että kritiikki on aiheellista. Heteronormatiivinen kommunikaatio ja käytännöt tekevät HLBTI-kysymyksistä näkymättömiä. Esimerkiksi Belognian ja Wittenin (2006) tutkimuksessa noin 80 prosenttia vanhuspalveluiden tarjoajista kieltäytyi tunnin mittaisesta HLBTI-asioita käsittelevästä koulutuksesta sillä perusteella, että kyseiset asiat eivät koskeneet heitä (ks. Belognia & Witten 2006). Vanhustyöntekijöiden keskuudessa vallitseekin usein käsitys, ettei asiakkaina ole ollenkaan sukupuoli- tai seksuaalivähemmistöihin kuuluvia (Valtonen 2012). Näkymättömyys johtuu yhtäältä siitä, että suuri osa sukupuoli- ja

seksuaalivähemmistöihin kuuluvista vanhuksista pysyttelee vaiti omasta seksuaalisesta suuntautumisestaan tai sukupuoli-identiteetistään (Butler 2004, 29). Toisaalta vanhuspalveluiden heteronormatiiviset rakenteet, kuten lomakkeet, tilat ja muut materiaalit, sulkevat automaattisesti HLBTI-vanhuksia ulos palveluiden piiristä.

Sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin ja ikääntymiseen liittyvässä tutkimuksessa pääpaino on siis ollut HLBTI-ikäihmisten omissa sosiaali- ja terveyspalveluihin liittyvissä kokemuksissa. Vain vähän tutkimusta on tehty vanhuspalveluntarjoajien ja esimerkiksi vanhainkodeissa tai kotihoidossa työskentelevien hoitajien käsityksistä ja asenteista HLBTI-ikäihmisiä kohtaan (Price 2012, 522). Vaikka osa sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvista vanhuksista pelkää vanhuspalveluiden piiriin tulemistä ja hoitajien suhtautumista kielteisten kokemustensa vuoksi, ei kaikkien pelkojen oikeellisuutta usein kyseenalaisteta. Hoitajien HLBTI-kysymyksiin liittyvää tietämättömyyttä sekä kykenemättömyyttä kohdata asiakkaitaan sensitiivisellä ja inklusiivisella tavalla korostetaan, vaikka harva tutkimus on itse asiassa keskittynyt tarkastelemaan hoitoympäristöä, hoitokulttuuria ja hoitajien toimintatapoja.

Useista HLBTI-ikäntymistutkimuksista voi löytää kehitystoiminnallisia funktioita, vaikka niitä ei ensisijaisesti olisikaan tarkoitettu kehitystoiminnallisiksi tutkimuksiksi. Tutkimukset päättyvät sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille suunnattuihin toimenpide-ehdotuksiin ja suosituksiin lähes poikkeuksetta (Siverskog 2013, 34). Suositusten tarkoituksena on tarjota välineitä, joiden avulla sukupuolen ja seksuaalisen suuntautumisen moninaisuuden voisi ottaa paremmin huomioon palveluissa, ja sitä kautta mahdollistaa yhdenvertaisemman hoidon toteutuminen. Vanhuspalveluita käsittelevissä tutkimuksissa suositukset on suunnattu hoitajille, ja ne ovat luonteeltaan konkreettisia, arjen hoitotyöhön kytkeytyviä (esim. Cahill 2002, 5). Kun ohjeistukset ja suositukset on suunnattu nimenomaan hoitajille, oletuksena on se, että hoitajat yksin muuttamalla toimintaansa HLBTI-sensitiivisemmäksi voisivat olennaisesti vaikuttaa yhdenvertaisen hoidon toteutumiseen. Vastuu yhdenvertaisen hoidon toteutumisesta sysätään siis vanhustyöntekijöiden harteille. Sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien asema vanhuspalveluissa näyttäytyy siten ongelmallisena, kun tutkimuste keskeinen viesti on se, että hoitajat eivät ole kompetentteja, eivätkä palvelut ota

sukupuolen ja seksuaalisen suuntautumisen moninaisuutta huomioon. Tämä käsitys on lähtökohta omalle tutkimukselleni.

4 Hoito, hoiva ja vanhuus

Koska tutkimukseni käsittelee sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien vanhusten kohtaamista pitkäaikaisessa laitoshoidossa, on laitoshoidon ja vanhusten hoidon tilan tarkasteleminen tarpeen. Tässä luvussa käsittelen aluksi suomalaisen vanhusten hoidon tilaa ja palvelujärjestelmää. Toiseksi avaan sitä, miten hoitotyö on käsitelty ja minkälaisia eettisiä kysymyksiä hoitotyöhön liitetään. Tämän jälkeen erittelen käsitystä vanhuudesta sosiaalisena riippuvuutena tukeutuen sosiologi Bryan S. Turnerin teoretisointiin ja yhdistän sen Erving Goffmanin ajatteluun totaalisten laitosten minuutta riistävästä luonteesta. Lopuksi tarkastelen vanhuuteen, vanhusten seksuaalisuuteen sekä sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin liitettyä moninkertaista stigmaa avatakseni HLBTI-vanhusten tilannetta pitkäaikaisessa laitoshoidossa.

4.1 Vanhusten hoito ja pitkäaikainen laitoshoido Suomessa

Suomen väestö ikääntyy nopealla tahdilla. Yli 65-vuotiaiden osuuden väestöstä ennustetaan nousevan 26 prosenttiin vuoteen 2030 mennessä ja 28 prosenttiin vuoteen 2060 mennessä. Vuonna 2012 yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä oli 18 prosenttia. (STV 2012.) Väestön ikääntyessä myös huoli palvelujen järjestämisestä kasvaa (ETENE 2008, 5). Rajalliset resurssit ja niiden kohdentaminen ovat olleet vanhuspolitiikan kipukysymyksiä. Etenkin vanhusten laitoshoidoa on kritisoitu viime aikoina voimakkaasti, ja hoidon laatua mittaamaan onkin kehitetty erilaisia järjestelmiä tilanteen parantamiseksi (Noro ym. 2005; WeDO 2014, 4).

Vanhuspolitiikan keskiössä on ollut 2000-luvulla varautuminen vanhusten määrän lisääntymiseen ja sitä kautta palveluntarpeiden kasvuun (Voutilainen 2010, 109). Vanhusten hoidon ja -palveluiden kehittämiseen tähtäävistä poliittisista linjauksista vastaa Suomessa lähinnä sosiaali- ja terveysministeriö. Linjauksissa korostetaan terveyden edistämiseen tähtääviä toimenpiteitä, ennaltaehkäisevien ja kuntouttavien palveluiden kehittämistä sekä vanhuksen aktiivista osallistumista ja asiakaslähtöisyyttä (mt., 109). Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto antoivat viime vuonna uuden ikäihmisten palvelujen kehittämistä koskevan laatusuosituksen, joka korvaa aiemman suosituksen vuodelta 2008. Laatusuosituksen tavoitteena on turvata hyvä ikääntyminen ja laadukkaat palvelut niitä tarvitseville vanhuksille. (STM 2013.) Samalla se toimii

tukena kunnille, jotka ovat vastuussa vanhuspalveluiden järjestämisestä ja tuottamiensa palveluiden laadusta (mt., 10–11).

Laatusuositusten yhteydessä asetettiin laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista eli niin kutsuttu vanhuspalvelulaki. Laki tuli voimaan 1.7.2013, ja laatusuositukset tukevat sen toimeenpanoa. Vanhuspalvelulain laitoshoidon koskevassa pykälässä korostetaan palvelujen tarjoamista ensisijaisesti asiakkaan kotona ja vain painavista lääketieteellisistä syistä hoito voidaan toteuttaa laitoshoidon. Lisäksi avo- ja aviopuolisoille on järjestettävä mahdollisuus asua yhdessä. (Laki 980/2012, 14§).

Suomessa vanhusten palvelujärjestelmä koostuu ympärivuorokautisen hoidon ja hoivan yksiköistä sekä näiden väliin sijoittuvista palveluyksiköistä (Voutilainen 2010, 111–112). Jälkimmäisten merkitys kasvaa jatkuvasti, kun palvelut pyritään toteuttamaan mitä suurimmissa määrin kotihoitona (Voutilainen ym. 2008, 17; Voutilainen 2010, 117). Vanhuksella on siis mahdollisuus saada kotihoitoa sekä laitoshoidon, lyhyt- tai pitkäaikaisesti. Kotihoitoa voi saada vanhus, joka tarvitsee apua esimerkiksi sairauden tai alentuneen toimintakyvyn vuoksi. Kotihoitoon voi myös yhdistää erilaisia tukipalveluita, kuten esimerkiksi ateriat- tai siivouspalveluita.

Tukea asumisessa tarvitseville vanhuksille on tarjolla tuki- ja palveluasumista sekä tehostettua palveluasumista, joka on tarkoitettu sellaisille asiakkaille, jotka tarvitsevat huomattavan paljon apua ja tukea arjessa selviytymiseen. Tehostetun palveluasumisen yksiköissä hoitajat ovat läsnä ympäri vuorokauden (STM 2014a). Sellaisille henkilöille, joille ei voida järjestää ympärivuorokautista hoitoa kotona tai palveluasunnossa, annetaan pitkäaikaista laitoshoidon vanhainkodeissa, terveyskeskusten vuodeosastoilla tai hoivakodeissa. Henkilö sijoitetaan pitkäaikaiseen laitoshoidon vain silloin, kun siihen on riittävät lääketieteelliset perusteet tai se on vanhuksen turvallisen hoidon kannalta muuten perusteltua (Laki 980/2012, 14§).

Tehostetun palveluasumisen ja pitkäaikaisen laitoshoidon eroja on muun muassa se, että tehostetun palveluasumisen asiakkaalla on oma huone tai asunto, kun taas laitoshoidossa oleva usein jakaa huoneen toisen tai jopa useamman asukkaalle kesken. Vanhus maksaa itse vuokraa palveluasumisesta. Myös muiden henkilökohtaisten

kulujen maksaminen on hänen omalla vastuullaan. Laitoshoitomaksuun kuuluu sen sijaan asuminen, ruoka, lääkkeet ja hoito (STM 2014a).

Vuoden 2012 lopussa vanhainkodeissa asui 13 587 vanhusta, mikä oli 12,5 prosenttia vähemmän kuin vuonna 2011 (THL 2013). Ikääntyneiden palvelujärjestelmän rakenne onkin muuttunut viime vuosina selvästi: tehostettu palveluasuminen on lisääntynyt ja laitoshoidon sen sijaan vähentynyt. Tämä kehityssuunta on jatkumassa ja sitä tuetaan lainsäädännöllisesti uudessa vanhuspalvelulaissa sekä erilaisten vanhuspoliittisten linjausten avulla. Konkreettinen askel kohti laitoshoidon vähentämistä otettiin, kun hallitus kirjasi rakenneuudistukseen vanhusten laitoshoidon säästämistä. Iäkkäiden säännöllisesti käyttämien palveluiden kustannuksista noin 70 prosenttia kuluu ympärivuorokautiseen hoitoon tehostetun palveluasumisen yksiköissä ja laitoksissa (STM 2014b). Laitospaikkojen vähentämisestä arvioidaankin saatavan 300 miljoonan euron säästöt. Huolta on kuitenkin herättänyt se, että samalla, kun vanhusten laitoshoidosta säästetään, huomiota ei ole kiinnitetty siihen, miten muiden palvelumuotojen kehittäminen rahoitetaan. Todellisuudessa säästöt eivät välttämättä nouse yhtä korkeiksi, sillä myös korvaaviin palveluihin tulee panostaa taloudellisesti. (Yle 29.11.2013.)

Vaikka palvelurakenne on muuttunut ja vanhuspalveluiden suunta on kääntynyt koteja kohti, on selvää, että pitkäaikaista laitoshoidoa tarvitsevia vanhuksia tulee olemaan aina. On arvioitu, että lähes 60 prosenttia 65-vuotiaista naisista ja noin 30 prosenttia miehistä päätyy laitoshoitoon elämänsä aikana. Laitoshoitoon päätyminen on todennäköisempää naimattomilla, eronneilla ja leskillä. (Martikainen ym. 2014, 305.) Samalla kun eliniänodote kasvaa, myös kroonisesti sairaiden määrä lisääntyy. Toisin sanoen laitospaikkoja tarvitsevat ovat tulevaisuudessa yhä sairaampia (Näslindh-Ylispangar 2005, 154). Tämä tuo edelleen lisähaasteita vanhuspalveluiden järjestämiselle.

4.2 Hoitotyö ja etiikka

Hoitotyöllä käsitetään sellainen työ, joka liittyy ihmisen terveyden- ja sairaanhoitoon. Hoidon ja hoivan alat olleet kautta aikain naisvaltaisia, ja niihin on liitetty käsityksiä naisen biologisesta tarpeesta hoivata (Terde 1996, 4; Wrede 2008, 128). Hoitotyö pitääkin sisällään vahvoja sukupuolitettuja käsityksiä ja arvotuksia. Hoitotyötä kuvaa

lisäksi alhainen status: se on työtä, jota voi tehdä ilman koulutusta (esim. Twigg 2000a, ix). Hoitajan työ onkin nähty usein vain kodin ulkopuolelle laajentuneena työnä, jota naiset harjoittavat muutenkin kotitalouksissa (Abbot & Meerabeau 1998, 8). Lisäksi alalla on alhainen palkkataso ja se kärsii laajasti arvostuksen puutteesta (Twigg 2000a, 124–126). Amitai Etzioni (1969) esittikin, että muun muassa sairaanhoitajan ja sosiaalityöntekijän ammatit ovat semi-professioita, sillä ammattiin vaadittava koulutus on verrattain lyhyt, sen tietoperusta ei ole erikoistunutta, eikä sillä ole tiedollista autonomiaa suhteessa esimerkiksi lääkärin ammattiin.

Hoito- ja hoivatyössä työn subjektina ja objektina on ihminen, eli työ on ainutkertaisella tavalla sidoksissa ihmisiin (Goffman 1997 [1961], 59). Puhutaan myös tunnetyöstä sekä ruumiintyöstä (ks. Twigg 2000a). Sosiaaligerontologiassa ruumiillisuuden korostamista on vältetty, koska sen on koettu vahvistavan ajattelua, joka palauttaa vanhuksen raihnaiseen ja kyvyttömään ruumiiseen (Twigg 2000b, 392). Muun muassa Julia Twiggin (2000a; 2004) avaukset ruumiin ja kehon merkityksestä ikääntymisessä korostavat sitä, että ruumin käsittäminen toimenpiteiden kohteena ei ole keskeistä. Ruumis on pikemminkin kokemuksellinen asia ja hoitotyön ytimessä muun muassa kylvettämisen ja pesemisen kautta. (Twigg 2004, 70–71.) Ruumiillisuutta ei siten voi erottaa emotionaalisesta tai henkisestä (Terde 1996, 12).

Hoitotyön ammattietiikka perustuu ihmisyyden kunnioittamiseen ja hoivaamisen periaatteeseen. Esimerkiksi sairaanhoitajien eettisissä ohjeissa korostetaan hoitajan ja asiakkaan avointa ja luottamuksellista vuorovaikutusta sekä asiakkaan kohtaamista ainutlaatuisena yksilönä (Sairaanhoitajaliitto 2014). Asiakkaan ainutlaatuisten tarpeiden tunnistamisen lisäksi hoitajan tulee olla tietoinen omien asenteidensa ja arvojensa vaikutuksesta toimintaansa suhteessa asiakkaaseen (Röndahl 2005, 19; Röndahl et al. 2007, 213). Hoitotyössä on peruseriaatteita, jotka toistuvat ja niitä toistetaan jatkuvasti esimerkiksi hoitotyön etiikkaan liittyvissä teksteissä. Näistä keskeisimpiä ovat asiakkaan autonomian sekä yksityisyyden kunnioittaminen. (Lewins 1996, 12, 34; Hugman 2005, 11.) Hoitotyöhön liittyy vahvasti myös vallan aspekti, joka konkretisoituu muun muassa eettisissä päätöksentekotilanteissa. Hoitajalla on aina valtaa suhteessa asiakkaisiinsa tai potilaisiinsa, mutta toisaalta esimerkiksi lääkärikunnalla on valtaa suhteessa hoitajiin (Hugman 2005, 31–33; Turner 1995, 146).

Hoitotyön asema onkin ollut alisteinen suhteessa lääkärin ammattiin, sillä lääkärin erityisosaamista on pidetty vaikeasti hankittavana ja jonakin erityisenä, kun taas hoitotyön tekemiseen uskotaan yleisesti pystyvän kenen tahansa (Hugman 2005, 25).

Tutkielmani aihe nostaa väistämättä keskiöön hoitotyöhön liitetyt periaatteet ja eettiset ohjeet ja säännöt, minkä vuoksi olen niitä tässä alaluvussa käsitellyt. Homous, lesbous, bi- ja transihmisyys jakavat mielipiteitä yhteiskunnassa ja erilaiset arvostukset kohtaavatkin usein yhteiskunnallisessa keskustelussa. Tästä hyvänä esimerkkinä toimii sukupuolineutraalista avioliitosta tai homoliitosta käyty keskustelu. On selvää, että yhteiskunnassa käydyt keskustelut sekä sosiaalisesti jaetut arvot ja uskomukset muokkaavat myös hoitotyötä ja heijastuvat sen toimintakulttuurissa. Se, mitä pidetään hoitotyössä tärkeänä ja mihin resursseja kulloinkin kohdennetaan, on heijastusta yleisesti vallitsevista arvoista. (Hugman 1998, 5; Hugman 2005). Hoitotyötä ei tule siten tarkastella irrallaan laajemmasta yhteiskunnallisesta kontekstista.

Hoitotyöntekijät kohtaavat työssään erilaisia tilanteita, joissa heidän täytyy punnita asioiden ja toimintatapojensa oikeellisuutta ja sitä, miten tilanteessa tulisi toimia eettisesti parhaalla tavalla. Eettisiltä kysymyksiltä ei siis voi välttyä. Hoitotyön etiikkaa käsitellyt sosiaalitieteilijä Richard Hugman esittää, että hoitotyön etiikkaa ei voi erottaa yleisestä jokapäiväisestä etiikasta. Hoitotyöhön liittyy kuitenkin sellaista tilannekohtaisuutta ja rooli ammatilaisena, että voidakseen toimia ammatissaan eettisesti, hoitotyön etiikasta täytyy tehdä eksplisiittistä. Tällä Hugman tarkoittaa sitä, että arjessa toimiva ihminen on kykenevä eettiseen pohdiskeluun, mutta ollakseen hoitaja, tarvitaan tiettyjä taitoja, jotta eettisiä periaatteita voidaan soveltaa erilaisiin tilanteisiin. Keskeistä on se, että hoitotyöntekijä kykenee eksplisiittisesti artikuloimaan tekemiään eettisiä päätöksiä. (Hugman 2005, 26–27.)

Hoitajalla on ammattinsa edustajana omanlaisensa rooli, johon liittyy paljon vastuullisuutta ja toisaalta valtaa. Vaikka jokainen hoitotyötä tekevä toimii ammatissaan omien moraalikäsitystensä kautta, velvoittavat heitä ammattietiikkaan liittyvät muodolliset koodit. Hoitotyössä toimiminen tiettyjä eettisiä periaatteita noudattaen ei ole siis vapaaehtoista, vaan vaatimus. (Hugman 2005, 28.) Hugmanin mukaan eettiset periaatteet voidaan käsittää laeiksi tai ohjaaviksi periaatteiksi. Mikäli ne käsitetään

laeiksi, ne ovat universaaleja ja sitovia. Jos taas ajatellaan, että eettiset periaatteet ovat vain ohjaavia, niiden tilannekohtaisuus korostuu. Se, mikä on oikein toimimista, riippuu tilanteesta, eikä kaikkia eettisiä periaatteita voi tämän näkemyksen mukaan pitää soveltuvina jokaiseen tilanteeseen. (mt., 21–24.)

Vanhustyössä eettiset kysymykset puhututtavat niin alan ammattilaisia kuin tavallisia kansalaisiakin. Milloin on esimerkiksi paikallaan antaa vahvaa lääkehoitoa sekavalle vanhukselle tai sitoa vanhus pyörätuoliinsa? Etenkin muistisairaat vanhukset ovat alttiita kaltoin kohtelulle, sillä he eivät kykene enää pitämään puoliaan samoin kuin aiemmin, vaan ovat riippuvaisia muiden antamasta hoidosta ja huolenpidosta. Lisäksi laitosympäristö asettaa haasteita eettiselle toiminnalle eri tavalla kuin esimerkiksi kotihoito (Twigg 2000a, 132–135).

Sosiaali- ja terveysalalla keskeisimpiä eettisiä periaatteita on potilaan itsemääräämisoikeus, jota käytetään monesti synonyymina autonomialle. Itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan sitä, että potilaalla tai asiakkaalla on oikeus tulla kuulluksi häntä koskevassa päätöksenteossa ja hän voi itse päättää, minkälaista hoitoa ottaa vastaan tai kieltäytyä hoidosta niin halutessaan (ETENE 2008, 14–16). Lisäksi vanhustenhoidossa korostetaan vanhuksen yksityisyyden kunnioittamista sekä vahingon välttämistä (mt., 17–18). Potilaiden ja sosiaalihuollon asiakkaiden asemasta ja oikeuksista on säädetty laissa (Laki 785/1992; Laki 812/2000). Sosiaali- ja terveysministeriön asettamassa työryhmässä valmistellaan tällä hetkellä uutta lainsäädäntöä, sillä sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakkaiden oikeusturvassa nähdään olevan aukkoja, minkä vuoksi henkilöstö joutuu toiminaan käytännön tilanteissa epäselvin valtuuksin (Tiedote 76/2014). Uudistukset keskittyisivät lähinnä itsemääräämisoikeuden vahvistamiseen ja rajoitustoimenpiteitä koskevien säännösten selkeyttämiseen. Lain on määrä tulla voimaan vuoden 2014 lopulla. (ks. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeus.)

Sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöjen näkökulmasta oikeus itsensä määrittelyyn on hyvin keskeinen. Tämä tarkoittaa sitä, että ihmisellä on oikeus määritellä itsensä haluamallaan tavalla, esimerkiksi hetero- tai sukupuolinormatiivisista oletuksista poikkeavalla tavalla. Hoitotyön kannalta kysymykseksi nousee se, miten hoitajat

toimivat kohdatessaan asiakkaissaan oletusten ulkopuolella olevia henkilöitä. Sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakkaan näkökulmasta tilanne on hankala erityisesti transihmisten kohdalla, sillä he ovat hyvin näkymätön ihmisryhmä niin lainsäädännössä kuin laajemminkin yhteiskunnassa. Sukupuolivähemmistöihin kuuluvia ei mainita tasa-arvo- tai yhdenvertaisuussuunnitelmissa (Parikka 2012, 16). Laki transseksuaalin sukupuolen vahvistamisesta eli translaki on ainoa laki, jossa transihmiset ovat kirjaimellisesti läsnä⁶ (mt., 16). Esimerkiksi sukupuolivähemmistöön kuuluminen syrjintäperusteena kaipaa selkeämpää artikulaatiota, sillä tällä hetkellä niin yhdenvertaisuus- kuin tasa-arvolainkin terminologiassa on käsitteellisiä epäselvyyksiä, kun syrjintä *sukupuolisen* suuntautumisen perusteella on kielletty (ks. myös Lehtonen & Mustola 2004, 19). Termiä käytetään synonyyminä seksuaaliselle suuntautumiselle, joten sukupuolivähemmistöön kuulumista ei eksplisiittisesti artikuloida syrjintäperusteena. Tämä voi aiheuttaa ongelmia myös vanhustenhoidossa, kun sukupuolivähemmistöihin kuuluvien oikeusturvassa on puutteellisuuksia.⁷

On selvää, ettei hoitotyössä voi välttyä eettiseltä pohdiskelulta. Pitkäaikaisen laitoshoidon piirissä tämä korostuu, sillä saman katon alla on useampi kuin yksi hoidettava. Laitosympäristössä vanhukset elävät fyysisesti lähellä toisiaan, jolloin toisten huomioon ottaminen on tärkeää ja välttämätöntäkin yhteiselon sujuvuuden takaamiseksi (esim. Sarvimäki 2010, 34). Asukkaiden suuri määrä voi tuottaa hankaluuksia, sillä jokaisella on oikeus vaatia itsemääräämisoikeuttaan kunnioittavaa hoitoa, mutta toisinaan asukkaiden toiveet ja tarpeet voivat olla ristiriidassa keskenään

⁶ Translaki eli laki transseksuaalin sukupuolen vahvistamisesta (Laki 563/2002) sisältää vaatimuksen henkilön lisääntymiskyvyttömyydestä ja naimattomuudesta. Lakia on arvosteltu laajasti, ja muun muassa Euroopan neuvoston ihmisoikeusvaltuutettu on kehottanut Suomea poistamaan edellä mainitut vaatimukset, sillä ne loukkaavat transihmisten ihmisoikeuksia.

Sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut työryhmän, jonka on määrä arvioida translakia koskevat muutostarpeet (Tiedote 164/2013). Elokuussa 2014 sosiaali- ja terveysministeriö laati luonnoksen translain muuttamisesta, jossa sukupuolen vahvistamisen ehdoista ehdotetaan poistettavaksi lisääntymiskyvyttömyys. Lisäksi naimattomuusvaatimuksen poistamisesta esitetään kaksi vaihtoehtoa. Luonnoksessa ei kuitenkaan esitetä muutoksia muihin sukupuolen vahvistamisen vaatimuksiin. (ks. Seta 2014c; STM 2014c.)

⁷ Tasa-arvo- ja yhdenvertaisuuslaki uudistuvat Suomessa todennäköisesti vuoden 2015 aikana. Uudessa tasa-arvolaisessa syrjinnän kielto ulotetaan koskemaan sukupuoli-identiteettiä ja sukupuolen ilmaisua. Näin sukupuolivähemmistöihin kuuluvien syrjintään voidaan puuttua entistä tehokkaammin. Yhdenvertaisuuslain uudistuksessa huomioitavaa on se, että viranomaisten lisäksi koulutuksen järjestäjiä, oppilaitoksia ja työnantajia veloitetaan edistämään yhdenvertaisuutta. Lisäksi vanhentunut käsite sukupuolinen suuntautuminen korvataan seksuaalisella suuntautumisella. (Oikeusministeriö 2014.)

(vrt. Goffman 1997 [1961], 61–62). Miten nämä ristiriidat kyetään ratkaisemaan, on yksi laitoshoidon suurimpia eettisiä haasteita. Lainsäädännön uudistamisella voi nähdä olevan hoitotyön kannalta merkittäviä vaikutuksia hoitotyön etiikan soveltamiseen ja käytännön eettiseen päätöksentekoon. Kiinnostavaksi jää nähdä, minkälaisia uudistuksia lopulta saadaan aikaan: selkeneväkö itsemääräämisoikeuden rajoittamisen perusteet ja tuovatko ne siten tukea hoitajien toimintaan.

4.3 Vanhuus, sosiaalinen riippuvuus ja instituutio

Sosiologiassa ikääntyminen nähdään kulttuurisena ja sosiaalisena prosessina, jonka kautta yksilöitä järjestetään ja arvotetaan heidän kronologisen ikänsä perusteella (Turner 1989, 595). Ikä ja ikääntyminen ovat näin ollen sosiaalisesti konstruoituja kategorioita. Länsimaaisessa yhteiskunnassa ikääntymistä on pidetty taakkana yhteiskunnalle, kun sitä on tarkasteltu poliittis-taloudellisesta näkökulmasta (King 2006, 59). Vanhuuteen ja vanhuksena olemiseen mielletään usein sairautta, raihnautta ja muistamattomuutta (Jyrkämä 2001, 286). Suomessa ikääntymiskeskustelua on värittänyt puhe vanhustenhuollon ongelmakohdista ja taloudellisten resurssien riittävyydestä laadukkaiden palveluiden turvaamiseksi.

Sosiaaligerontologisesta kirjallisuudesta on löydettävissä erilaisia kilpailevia teorioita ikääntymisestä (Turner 1995, 115). Näistä kenties tunnetuimmat ovat aktiivisuus-, irtaantumis- ja jatkuvuusteoria. Sosiaaligerontologiset ikääntymisteoriat muodostavat joukon selitysmalleja, joista jokaisella on oma käsitys siitä, mitä sosiaalinen vanheneminen on (Jyrkämä 2001, 290–291). Yleisissä ikääntymistä koskevissa käsityksissä ja mielikuvissa vanhuus nähdään usein luopumisena, minkä vuoksi irtaantumisteoriasta on muodostunut ikään kuin yleinen vanhenemisen arkiteoria, jota voi edelleen pitää keskeisenä tarkasteltaessa ikääntymistä sosiaalisesta näkökulmasta (mt., 296). Seuraavaksi siirryn kuitenkin tarkastelemaan vanhuutta yhteiskunnan tasolla. Tukeudun brittiläis-australialaisen sosiologin Bryan S. Turnerin teoretisointiin vanhuuden sosiaalisesta riippuvuudesta. Keskeistä tässä on vanhuuden riippuvuusulottuvuuden perusta yhteiskunnan taloudellisissa ja poliittisissa rakenteissa (mt., 303).

Bryan S. Turner (1989) pohtii ikääntymistä ja siihen liittyviä negatiivisia asenteita ja stigmaa sosiaalisen vaihdon ja vastavuoroisuuden näkökulmasta. Hänen mukaansa kaikkea sosiaalista vuorovaikutusta voidaan tarkastella loputtomana vaihtona, josta seuraa vastavuoroisuuden normi. Tämän käsityksen valossa riippuvuus on sosiaalisesti hyväksyttävää ainoastaan silloin, kun yksilö on jo osallistunut sosiaaliseen vaihtoon tai hänen voidaan odottaa tulevaisuudessa kykenevän vastavuoroisuuteen. Eläkeiän ylittäneen ei odoteta enää tuottavan yhteiskunnan hyväksi, vaan hänet nähdään pikemminkin menoeränä ja vastavuoroisuuden normi rikkoontuu. Tästä seuraa sosiaalinen riippuvuus, joka on tyypillisesti hyvin stigmatisoitu asia. (Turner 1989, 600; Turner 1995, 122.)

Pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevia vanhuksia voidaan pitää sosiaalisesti riippuvaisina ja sitä kautta stigmatisoituneena ryhmänä (King 2006, 52–53). Vanhuksilla ei välttämättä ole sairauksien tai fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn heikkenemisen vuoksi enää mahdollisuutta vastavuoroisuuteen. Vaikka yhteiskunnassamme vallitsee periaate, jonka mukaan olemme velvollisia auttamaan ikääntynyttä sukupolvea heidän yhteiskuntamme eteen tekemänsä työn vuoksi, muodostuu ongelmaksi juuri epätasaisesti jakaantunut sosiaalinen vaihto. Koska laitoshoidon piirissä olevat vanhukset ovat lähes täysin riippuvaisia sosiaalietuuksista ja hyvinvointipalveluista, heiltä ei voi enää odottaa vastavuoroisuutta sosiaalisessa vaihdossa. Käsitteet, kuten ”loinen” ja ”pummi”, ovat muodostuneet kuvaamaan ikääntynyttä väestöä tämän riippuvuusulottuvuuden vuoksi (Turner 1989, 600.)

Turner (1995) vertaa ikääntymistä psykologisen ja sosiaalisen kuoleamisen prosessiin, jossa sosiaaliset suhteet asteittain hiipuvat ja riippuvuus byrokraattisista instituutioista kasvaa (Turner 1995, 125). Laitoshoidossa eläville tämä prosessi on arkipäivää. Riippuvuuden merkitys laitoshoidossa olevien vanhusten elämässä on keskeinen myös sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöjä koskien. Yksityisyyden ollessa rajoitettua ja itsemääräämisoikeuden toteutuessa rajallisesti, sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvat vanhukset eivät voi enää itse samassa määrin päättää tai hallita esimerkiksi sitä, kenelle he seksuaalisesta suuntautumisestaan tai sukupuoli-identiteetistään kertovat. Lisäksi oman seksuaalisuuden ja sukupuolisuuden ilmaiseminen ei välttämättä enää onnistu samalla tavoin kuin ennen. Vanhainkodeissa on harvoin mahdollisuus

täydelliseen yksityisyyteen, sillä huone jaetaan usein yhden tai useamman huonetoverin kesken. Erillisiä yksityisiä seurustelutiloja ei juuri ole, vaan tapaamiset hoidetaan julkisissa ruokailutiloissa tai omassa, jonkun muun kanssa jaetussa huoneessa. Onkin hyvin epäselvää, missä määrin vanhusten yksityisyyttä kunnioitetaan, kun on kyse esimerkiksi seksuaalisuuden toteuttamisesta (ks. esim. Hillman 2012, 85–86).

Tunnetussa tutkielmassaan totaalisista laitoksista Erving Goffman (1997 [1961]) kuvailee niitä tapoja, joilla laitos ja sen työntekijät riistävät ”asukkien” minuutta. Totaalisen laitoksen minuuden riistävää roolia voi pitää analogisena Turnerin sosiaalisen kuoleman prosessille siinä mielessä, että molemmissa on kyse jonkin asteisesta riippuvuudesta ja ihmisarvon menettämisestä. Laitos ikään kuin riistää ihmisen merkityksen ruumiillisena ja psykososiaalisena olentona (Turner 1995, 73).

Sosiaalisen riippuvuuden lisäksi Turner (2006) on teoretisoinut riippuvuutta laajemminkin haavoittuvuuden (vulnerability) ja ihmisoikeuksien näkökulmasta. Hänen mukaansa haavoittuvuus on sidoksissa sosiologiseen ymmärrykseen instituutioiden epävakasta luonteesta (ks. Turner 1993, 499–504). Tällä hän tarkoittaa ensinnäkin sitä, että ihminen on ontologisesti haavoittuvainen, sillä olemme alttiita sairauksille ja lopulta kuolemalle. Toiseksi instituutiot, jotka ovat syntyneet tasapainottamaan haavoittuvuuttamme, ovat epävakaita, koska ne eivät kykene turvaamaan tai poistamaan ontologista haavoittuvuuttamme. Turner käyttää usein esimerkkinä juuri ikääntymistä, jonka hän nivoo yhteen ruumiinsosiologiseen teoriaansa: ikääntyvät ruumiit ovat alttiita rappeutumiselle ja rajoittuneisuudelle, ja tämän vuoksi vanhukset ovat riippuvaisia instituutioiden tarjoamasta hoivasta. (Turner 2006, 28–29.)

Mikäli sosiaalisten rakenteiden ajatellaan kausaalisesti tuottavan tai luovan kenttiä, konteksteja ja tilanteita, joissa ihmiset toimivat, olisi rakenteilla itsessään totaalinen pakottava voima (ks. Turner 2006, 12). Tutkielmani kannalta ei olisi siten edes mielekäästä tutkia hoitajien käsityksiä, sillä laitoshoidon kontekstin voisi jo itsessään ajatella pakottavan tietynlaiseen toimintaan. Turnerin vastaus tähän ongelmaan on yksinkertaisesti se, että sosiaalisten rakenteiden (so. laitoshoidon instituutiona) tärkeys yksilöiden päätöksenteolle ja valinnoille ei sulje ulos yksilön vastuuta. Toisin sanoen yksilöllä on mahdollisuus vaikuttaa valintoihinsa ainakin useimmissa olosuhteissa (mt.,

12).

Sosiaalista riippuvuutta käsiteltäessä tullaan vastatusten instituution rajoittavuuden kanssa myös hoitotyötä ajatellen. Toisin sanoen myös hoitajien voi nähdä olevan riippuvaisia laitoksen toimintatavoista ja rakenteista. Goffmania (1997 [1961]) mukaillen voi todeta, että hoitajat eivät itse asiassa ole syypäitä vanhusten riippuvuuteen tai haavoittuvuuteen, vaan ovat itsekin järjestelmän tuotteita. Erona vanhuksiin on kuitenkin se, että hoitajilla on enemmän valtaa sekä laitoksen ulkopuolista elämää. Viime kädessä, rinnastettuna Turnerin ajatuksiin, hoitajilla on aina mahdollisuus vaikuttaa valintoihinsa. Kuten olen todennut, juuri tämänkaltaisen laitostekontekstin ja hoitotyön ammatillisuuden välinen ristipaine on hedelmällinen lähtökohta tutkimusaiheeseeni, sillä sitä vasten on mahdollista tarkastella, miten hoitajat näkevät mahdollisuutensa sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöön kuuluvien vanhusten huomioimiseen.

Sosiaaliset rakenteet luovat päätöksentekokonteksteja, joiden sisällä ihmisillä on joko mahdollisuus harjoittaa toimintaa tai toiminta on eväty heidän kontrollinsa ja jopa tietonsa ulottumattomissa olevien tekijöiden vuoksi. (Turner 2006, 12). Turnerin käsitys institutionalisaatiosta on yhteydessä näiden sosiaalisten rakenteiden luomiin konteksteihin ja niissä esiintyviin valta-asetelmiin. Hänelle institutionalisaatio on ihmisoikeuksien loukkaamista, johon usein liittyy ihmisruumiin koskemattomuuden rikkominen, psykologinen uhka tai ulossulkeminen (Turner 2006, 27). Kuten mainittu, Goffmanille institutionalisaatio tapahtuu laitosmaailmassa minuutta riistämällä.

Goffman jakaa totaaliset laitokset viiteen ryhmään, joista vanhainkodit kuuluvat ensimmäiseen. Näitä laitoksia luonnehtii se, että niissä säilytetään ihmisiä, joita pidetään sekä kyvyttöminä huolehtimaan itsestään että vaarattomina. (Goffman 1997 [1961], 6.) Goffmanin totaalisista laitoksista vankila toimii tyypiesimerkkinä laitoksesta, jossa tapahtuu väistämätön ulossulkeminen ympäröivästä yhteiskunnasta. Pitkäaikaista laitoshoidtoa vanhainkodissa ilmentää sen sijaan se, että se on ihmisen viimeinen koti: vanhus tulee sinne jäädäkseen. Verrattuna esimerkiksi vankilaan, vanhainkoti ei ole vain tilapäinen säilytyspaikka, vaan paluuta takaisin laitoksen ulkopuoliseen maailmaan ei ole.

Laitoshoitoon tulevan vanhuksen kohdalla laitosmaailman totaalisuus on selvää alusta alkaen. Lähtö omasta kodista ja muuttaminen laitokseen mullistaa koko elämän. Se, mikä ennen oli yksityistä, kodin piiriin kuuluvaa, on nyt julkista. Tämä koskee jokaista elämänaluetta peseytymisestä läheisten ihmisten tapaamiseen. Julia Twigg (2000a) on tutkinut ruumiillisuutta kotihoidossa. Hän käyttää kylvettämistä esimerkkinä ruumiillisuudesta ja sen ilmentymästä hoidossa. Twigg tekee selkeän eron kotihoidon ja laitoshoidon välillä yksityisyysasteen kautta. Kun vanhusta hoidetaan kotona, hoitaja tekee työtä vieraana toisen kodissa. Hänen odotetaan kysyvän lupa esimerkiksi asukkaan henkilökohtaisten tavaroiden koskemiseen tai wc:ssä asioimiseen (Twigg 2000a, 77–80). Vaikka pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevan koti onkin laitoksessa, ovat kodin merkitys ja yksilöllisyyden rajat erilaiset. Laitos on puolijulkinen tila.

Kotihoidossa keskeistä on vanhuksen kodin, omien tapojen ja omaisuuden kunnioittaminen. Vanhuksen henkilökohtainen omaisuus, tavarat, taulut sekä esineet tekevät tilasta hänen omansa ja samalla ne ilmaisevat vanhuksen identiteettiä. Toisin sanoen koti toimii identiteetin ruumiillistumana (Twigg 200a, 82). Kodin kokonaisuus puuttuu usein laitoksista, joissa vanhuksilla on ympärillään vain vähän henkilökohtaista omaisuutta. Näin ollen vanhuksen ja hoitajan kohtaamisen luonne on täysin erilainen, kun se tapahtuu kotona tai kun se tapahtuu laitoksessa.

Kotona hoitaminen rajaa myös niin kutsuttua depersonalisaatiota (depersonalising) eli vieraantumista omasta itsestään, sillä koti symboloi vanhuksen elämää, identiteettiä, nykyisyyttä ja menneisyyttä (vrt. sosiaalinen kuolema). Toisin kuin kotona, laitoksessa asuva vanhus on suljettu ulos ympäröivästä yhteiskunnasta. Hoidon valtasuhde ikään kuin kääntyy pääläelleen, kun vanhus laitostuu. Kotona vanhus voi itse määrätä hoidon kulusta tai kieltäytyä hoidosta kokonaan, mutta laitos on hoitajien reviiriä (Twigg 2000a). Vanhainkodin arki on hyvin pitkälle strukturoitua usein kellontarkkoine ruokailu-aikoineen ja suihkupäivineen (Tainio & Wrede 2008, 187–188). Mikäli ruoka ei juuri tiettyinä kellonaikana asukkaalle maita, täytyy hänen olla ilman. Ympäröivästä maailmasta ulossulkemista ilmaisevat myös yhtenäiset sairaalavaatteet, joita vanhainkodeissa käytetään etenkin kroonikkopotilailla (ks. esim. Topo 2010). Goffmannille (1997 [1961]) juuri tämä on minuuden riistoa: totaaliset laitokset tekevät tyhjäksi ne toiminnot, jotka laitoksen ulkopuolella osoittavat muille, että henkilöllä on

aikuisen itsemääräämisoikeus ja kyky päättää elämänsä koskevista asioista (Goffman 1997 [1961], 35).

Laitoshoidossa vanhuksesta tulee siis helposti vain osa instituutiota, kun hänen identiteettiään ilmaisevat ja tukevat asiat hiljalleen vähenevät. Autonomian menettäminen onkin monelle yksi suurimmista ikääntymiseen liittyvistä peloista. Sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien kohdalla tämä pelko on korostunut, kun itseä pyritään suojelemaan mahdolliselta syrjinnältä. Vaikeneminen on ollut eräänlainen selviytymismekanismi, jonka avulla on pyritty välttämään hankaluuksia (Kuyper & Fokkema 2010, 1172; Robertsson 2013). Myös kulissiavioliittojen solmiminen on ollut hyvin tavanomaista. Osa vanhuksista onkin voinut elää suurimman osan elämästään niin sanotun tavallisen avioliiton suojissa, piilossa syrjinnältä. Tässä valossa on hyvin ymmärrettävää, että autonomian menettäminen voi tuntua uhkaavalta, kun vanhus ei kykenekään enää itse suojelemaan itseään (Holmqvist & Rydin 2009, 21–23). HLBTI-vanhuksia voikin pitää erityisen haavoittuvaisena ryhmänä, sillä heteroikätovereihin verrattuna he kantavat moninkertaista stigmaa. Seuraavassa alaluvussa avaan sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöjen kantamaa stigmaa, johon riippuvuus instituutioiden tarjoamasta tuesta, nuoruutta ihannoiva kulttuuri sekä yhteyskunnassa vallitseva heteronormatiivisuus ovat yhteydessä.

4.4 Moninkertaisesti ulkopuolella

Seksuaalisuuden ei ole mielletty kuuluvan vanhuuteen. Ikääntymisen mukanaan tuomat fyysiset ja fysiologiset muutokset on rinnastettu seksuaaliseen kyvyttömyyteen ja sitä kautta seksuaaliseen passiivisuuteen (Hillman 2012; Näslindh-Ylispangar 2012, 72). Sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvia on sen sijaan seksualisoitu, mihin on osaltaan vaikuttanut homoseksuaalisten tekojen kriminalisointi vuoteen 1971 sekä homouden luokittelu sairaudeksi aina vuoteen 1981 asti. Transvestisuus poistettiin sairausluokituksesta Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen päätöksellä vuonna 2011, mutta transsukupuolisuus luokitellaan yhä sukupuoli-identiteetin häiriöksi. Ikääntymiseen liitetyn seksuaalittomuuden myötä sellaiset henkilöt, jotka on totuttu määrittelemään seksuaali- tai sukupuoli-identiteettinsä kautta, jäävät helposti tarkastelun ulkopuolelle (King & Cronin 2010, 85). Tämän seurauksena ajatus homoseksuaalisesta

tai transsukupuolisesta, seksuaalisesti aktiivisesta vanhuksesta ei ole sopinut yhteen vanhusten aseksuaalisuutta korostavan käsityksen kanssa. (Hovey 2009, 100; Knauer 2011, 110.)

Vanhusten seksuaalisuutta on usein käsitelty lääketieteellisestä näkökulmasta, joka on keskittynyt erilaisten fysiologisten ja kehollisten muutosten tarkasteluun sekä niiden seksielämään ja seksuaalisuuteen kohdistuviin vaikutuksiin (esim. Ronkainen ym. 1994; Taylor & Gosney 2011). Lisäksi tarkastelu on ollut useimmiten heterokeskeistä (esim. Brusila 2011, 177–188). Muuta kuin heteroseksuaalisuutta on käsitelty harvoin vanhuuden ja seksuaalisuuden yhteydessä, puhumattakaan sukupuolen moninaisuudesta. Vanhuuteen liitetyt stereotypiat ja normatiiviset odotukset elävät vielä vahvoina käsityksissämme, minkä vuoksi ei ole yllättävää, että sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien ikääntymistä ei ole meillä Suomessa tutkittu.

Sekä vanhukset että sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvat ihmiset kantavat ryhminä stigmaa. Kuten edellisessä alaluvussa käsiteltiin, stigma on yhteydessä riippuvuuteen. Sellainen ihminen, joka ei voi enää tuottaa jotakin yhteiseksi hyväksi, eikä täytä työnteon sosiaalista normia, vaan on riippuvainen muiden avusta, kantaa stigmaa (Turner 1995, 128). Laitoshoidossa oleva vanhus voidaan Turnerin ajattelua soveltaen käsittää siis sosiaalisen vaihdon ulkopuoliseksi eli sosiaalisesti riippuvaiseksi (ks. luku 4.3). Lisäksi vanhuus voidaan käsittää nuoruutta ihannoivan länsimaisen kulttuurin laiminlyömäksi. Esimerkiksi käsitys siitä, että seksi kuuluu vain nuorille, tekee seksuaalisuudesta ja sen ilmaisusta jotain sellaista, joka ei kuulu ”normaaliin” vanhuuteen (Rautiainen 2006, 228). Näin ollen vanhuus asetetaan toiseksi suhteessa nuoruuteen, ja vanhuudelle merkitään normatiiviset rajat.

Sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvat ovat sen sijaan heteronormin ja sukupuolinormin ulkopuolella. Vanhuuden stigma on näkyvä, sillä sen mukanaan tuomat muutokset näkyvät kehossa ja kognitiivisissa toiminnoissa (Sandberg 2008, 127). Sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien kantama stigma ei sitä vastoin ole aina havaittavissa visuaalisesti. Esimerkiksi homoutta, biseksuaalisuutta tai lesboutta on vaikea päätellä silmämääräisesti jostakin ulkoisesta ominaisuudesta, vaikka stereotyyppisesti näin usein ajatellaan. Vanhuutta ja vanhenemista ei siten voi peittää,

mutta seksuaalisen suuntautumisen voi. Mikäli halutaan, että seksuaalisesta suuntautumisesta tiedetään, siitä täytyy erikseen kertoa (Bjorkman & Malterud 2007, 58–59).

Goffmanin (1986 [1963]) käsitykset sosiaalisesta identiteetistä ja stigmasta avaavat kiinnostavan näkökulman välittömässä sosiaalisessa vuorovaikutuksessa tapahtuvaan stigman managerointiin, jota kutsun tutkielmassani myös stigman hallinnaksi. Stigman hallinnan käsite antaa välineitä hoitajan ja vanhuksen välisen vuorovaikutuksen tarkasteluun. Teoksessaan *Stigma – Notes of the Management of Spoiled Identity*, Goffman tarkastelee käyttäytymistapoja ja -malleja, joita esiintyy kun stigmatisoituneet yksilöt ovat välittömässä vuorovaikutuksessa muiden ihmisten (normals) kanssa erilaisissa sosiaalisissa tilanteissa (De Paoli 2004, 2). Hän käsittelee aihetta sekä yksilön identiteetin näkökulmasta keskittyen siihen, miten yksilö kokee stigmansa, että laajemmin sosiaalisen identiteetin hallintana. Erityisen kiinnostavaa on Goffmanin pyrkimys laajentaa stigman tarkastelua koskemaan yhteiskuntaa ja siinä tapahtuvaa vuorovaikutusta yleensä. Hänen mukaansa stigman hallinta on yhteiskunnassa esiintyvä piirre, joka esiintyy aina siellä, missä on identiteettinormeja (mt., 3; Goffman 1986 [1963]).

Goffmanin stigman käsite sopii sosiaalisen ulottuvuutensa vuoksi välineeksi tarkastella HLBTI-vanhusten tilannetta heteronormatiivisessa laitostilanteissa. Tutkielmani kannalta ei niinkään ole kiinnostavaa se, miten vanhukset itse kokevat stigmansa, vaan se, mitä stigman kantaminen merkitsee hoitosuhteen kannalta. Toisin sanoen keskeistä on se, miten hoitajat toimivat kohdatessaan stigman ja miten he voivat luoda turvallisen vuorovaikutustilanteen stigmatisoidun ja ei-stigmatisoidun välille.

Goffmanille stigma on kuilu havaittujen ominaisuuksien ja stereotyyppien välillä (De Paoli 2004, 4). Hänen mukaansa stigma syntyy eronteon kautta: henkilö määritellään erilaiseksi tai poikkeavaksi suhteessa luonnollisina, tavallisina ja moraalisesti hyväksyttävänä pidettyihin (Juhila 2004, 9–10). Keskeistä ei niinkään ole stigma ja siihen liittyvät piirteet, vaan stigman hallinta. Stigmaa kantava yksilö oppii, mikä on normaalia ja tulee tietoiseksi siitä, ettei itse sovi normaalin raameihin. Lisäksi stigmatisoitu henkilö oppii toimimaan sen mukaan, miten muut ihmiset kohtelevat

hänen kaltaisiaan ihmisiä. Stigmaa kantava oppii siis erilaisia keinoja hallita stigmaansa vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa (Goffman 1986 [1963], 80). Stigmatisoidun strategia voi esimerkiksi olla stigman peittäminen, josta Goffman puhuu termillä *learning to pass*. Stigmaa voi siten hallita peittämällä stigman paljastava merkki. Niissä tapauksissa, joissa stigma ei ole visuaalisesti havaittavissa, voidaan sen sijaan hallita stigmaan liittyvää tietoa.

HLBTI-vanhusten kohdalla stigman hallinnassa onkin kyse pikemminkin siitä, miten he hallitsevat stigmaan liittyvää tietoa, kuin siitä, miten he hallitsevat stigmasta johtuvaa jännitettä sosiaalisissa tilanteissa. Stigmaan liittyvällä tiedolla tarkoitetaan tässä yhteydessä tietoa yksilöstä ja hänen piirteistään (Goffman 1986 [1963], 43). Kuten olen todennut, seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin liitetty stigma ei ole aina näkyvä. Toisin sanoen, kun HLBTI-vanhus tulee sosiaalisen vuorovaikutuksen piiriin, eli kohtaa toisen ihmisen, hänen stigmaansa ei nähdä suorilta käsin (mt., 49). Se ei siis ole välittömästi havaittavissa. Stigman hallinta on niin suuri osa sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien elämää, että siitä on voinut tulla osa identiteettiä.

Kaapin metafora (ks. luku 2.1) on laajasti käytössä puhuttaessa HLBTI-identiteettien salaamisesta. Sitä on pidetty vertauskuvana identiteettien kieltämiselle, vaientamiselle ja näkymättömäksi tekemiselle, jota heteronormatiivinen kulttuuri harjoittaa. (Pakkanen 2007, 15.) Sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien elämää onkin monesti luonnehdittu jatkuvan ulostulon kierteenä. Toisin sanoen heidän on jatkuvasti pohdittava, päätettävä sekä uudelleen arvioitava se, missä tilanteissa he voivat ja uskaltavat olla avoimia sukupuoli-identiteetistään tai seksuaalisesta suuntautumisestaan. (Bjorkman & Malterud 2007, 59; Goffman 1986 [1963], 88–90.) Heteronormatiivisuus vahvistaa kaapin ja ulostulon välillä tasapainoilua, sillä usein juuri ympäristön heteronormatiiviset rakenteet pakottavat henkilön tulemaan ulos tai astumaan esiin, mikäli tämä haluaa kertoa asioiden todellisen laidan. Silloin kun oletuksena on, että kaikki ihmiset ovat heteroja, täytyy normista poikkeavan astua esiin ja ilmoittaa erikseen olevansa jotakin muuta.

Visuaalisen stigman omaavilla kaappi ei ole mahdollisuus, eikä sieltä voi tulla ulos, sillä stigma on välittömästi kaikkien nähtävillä (Sedgwick 2008, 75). Vanhus joutuu siis joka

tapauksessa kohtaamaan tilanteita, joissa hänet kohdataan vain ikäryhmänsä edustajana, ruumiillisia puutteita tai raihnautta kantavana henkilönä (ks. Holstein 2006, 314–315). Vanhus, joka kuuluu lisäksi sukupuoli- tai seksuaalivähemmistöön, joutuu oikeastaan hallitsemaan sekä stigmaan liittyvää tietoa että jännitteisiä sosiaalisia tilanteita. Yhtäältä ikääntymiseen liittyvien negatiivisten käsitysten kohtaaminen ja niiden kautta nähdynksi tuleminen pakottaa hallitsemaan sosiaalisissa tilanteissa esiintyviä jännitteitä. Toisaalta vanhus joutuu pohdiskelemaan sitä, missä määrin tuo seksuaaliseen suuntautumiseensa, sukupuolen ilmaisuunsa tai sukupuoli-identiteettinsä liittyviä asioita esille, eli hallitsemaan stigmaansa liittyviä tietoja.

HLBTI-kysymysten ja pitkäaikaisen laitoshoidon näkökulmasta stigman hallinnan voi käsittää niin, että sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvat vanhukset joutuvat jatkuvasti kamppailemaan ulostulemisen pelon sekä kaapissa pysymisen aiheuttaman ahdistuksen välillä. Kyse on siitä, uskaltaako vanhus asettaa itsensä alttiiksi mahdolliselle syrjinnälle tai kaltoin kohtelulle paljastamalla itsensä (Brotman et. al 2007, 491). Tämän päivän vanhuksista osa on joutunut käymään läpi lääketieteellisiä interventioita ja jopa eheytysterapioita, minkä vuoksi heidän ennakkoluulojaan terveydenhuollon ammattilaisia kohtaan ei voi vähätellä (Brotman et al. 2003, 192–193). Pelko siitä, ettei vielä tänäkään päivänä tulisi hyväksytyksi, voi olla vahva. Laitosolosuhteissa vanhuksen autonomian menettäminen ja riippuvuus hoitajista tekee tilanteesta vielä monimutkaisemman (Holmqvist & Rydin 2009, 21–23). Näin ollen vanhuksen haavoittuvuus on merkittävä tekijä siinä, halutaanko tai uskalletaanko tulla kaapista ulos. Monille kaappi on ollut selviytymisstrategia, jonka avulla on vältetty syrjinnälle altistuminen (Brotman et al. 2003, 193). Toisaalta taas esiintyminen heteroseksuaalina on ajanut saman asian (Knauer 2011, 102–103). Goffman kutsuu tätä peittelyksi (Goffman 1986 [1963], 93).

Laitosympäristö asettaa siis suuria haasteita stigman hallinnalle sekä niiden keskuudessa, jotka kantavat stigmaa että niiden, jotka eivät sitä kannu. Hoitosuhteen perustana pidetään luottamusta asiakkaan ja hoitajan välillä, mikä pätee myös laitoshoidossa. On tavallista olettaa, että vanhainkotiin tuleva vanhus kertoo henkilökohtaisiakin asioita itsestään ikään kuin merkinä luottamuksesta ja sitoutumisesta (ks. Goffman 1986 [1963], 86). Hyvä ja luottamuksellinen hoitosuhde

mahdollistaa sen, että vanhus voi kertoa työntekijälle elämäntilanteestaan rehellisesti ja avoimesti (Jämsä 2008, 99).

Vanhuuden kynnyksellä stigman managerointi kietoutuu myös sosiaalisen riippuvuuden aspektiin. Tietoisuus siitä, että vanhetessa riippuvuuden mahdollisuus kasvaa, herättää monissa ikääntyvissä pelkoa ja huolta. HLBTI-vanhusten kohdalla tämä pelko liittyy juuri stigman paljastamiseen tai paljastumiseen ja muiden reaktioihin. Homoutta, lesboutta, bi- tai transihmisyyttä pidetään yleensä yksilön elämässä merkittävänä asiana sekä tärkeänä osana identiteettiä, mikä kannustaa avoimuuteen⁸. Tämä tarkoittaa sitä, että sosiaali- ja terveyspalveluilta odotetaan valmiuksia palvella asiakkaitaan niin, ettei heidän tarvitsisi salata kyseistä osaa itsestään (esim. Nissinen 2006, 155).

⁸ Oman identiteetin salaaminen on nähty itseä vahingoittavana ratkaisuna sekä heteronormatiivista kulttuuria vahvistavana. Toisaalta avoimuuden vaatimusta on kritisoitu siitä, että avoimuuspuhe tuottaa tarinoita ”todellisista identiteeteistä”, jolloin identiteetti redusoituu vain homouteen, lesbouteen, bi- tai transihmisyyteen jättäen muut identiteettiin liittyvät tekijät huomiotta. (Pakkanen 2007, 15–16.) Avoimuus ei välttämättä ole kaikkien sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien toiveiden mukaista, mutta tärkeänä pidetään sitä, että avoimuudelle varmistetaan suotuisat edellytykset esimerkiksi sosiaali- ja terveyspalveluissa (Lehtonen & Mustola 2004, 246–247). Avoimuusvaateet saattavat kuitenkin HLBTI-ikäihmisten näkökulmasta tuntua myös uhkaavilta (Robertsson 2013, 194–196).

5 Tutkielman toteutus

Valitsin aineistonkeruutavaksi hoitotyöntekijöiden haastattelemisen, sillä halusin selvittää, millä tavalla hoitajat itse käsitteellistävät sukupuolen ja seksuaalisen suuntautumisen moninaisuutta vanhustyössä. Monelle hoitajalle kyseinen aihe on vieras ja siitä, sekä vanhusten seksuaalisuudesta tai sukupuolisuudesta keskusteleminen yleensä, voi olla vaikeaa. Haastattelemisen sopii arkaluontoisenkin tiedon keräämiseen tai sellaisten ilmiöiden käsittelyyn, joista voi olla vaikea puhua (ks. Silverman 1997, 14–15; Hirsjärvi & Hurme 2001, 35).

Teemahaastattelussa edetään tiettyjen tutkijan etukäteen määrittelemien aihealueiden mukaisesti. Teemat käydään läpi jokaisen haastateltavan kanssa, mutta niiden järjestys ja kysymysten tarkempi muotoilu voivat vaihdella (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 11). Haastattelutilanteessa haastatteli voi tarkentaa teema-alueita kysymyksillä, mutta teemahaastattelun luonteeseen kuuluu se, että myös tutkittava toimii teema-alueiden tarkentajana (Hirsjärvi & Hurme 2008, 66). Haastateltavien omat tulkinnat sekä asioille antamat merkitykset korostuvat teemahaastattelussa, minkä vuoksi myös vähemmän tunnetuista ilmiöistä on mahdollista keskustella (mt., 48).

Muodostin haastatteluteemat ajatuksenani saada vastauksia kysymyksiin, jotka jäivät avoimeksi Yhdenvertainen vanhuus -projektille tekemäni selvityksen jälkeen. Kävin selvityksen läpi kertaalleen ja paikansin sellaiset kohdat, joissa sukupuolen ja seksuaalisen suuntautumisen moninaisuuden huomioon ottamista jollain lailla problematisoitiin. Lisäksi kiinnitin huomiota siihen, miten huomioon ottamisen ongelmallisuus perusteltiin ja mitä ehtoja huomioon ottamiselle asetettiin. Näin minun oli mahdollista muodostaa sellaiset teemat, joiden kautta saisin mahdollisimman hyvin selvitettyä sitä, miten hoitotyöntekijät kokevat moninaisuuden huomioon ottamisen sekä toiminta- ja vaikutusmahdollisuutensa.

Haastateltavien kriteerinä ei ollut kokemus sukupuoli- tai seksuaalivähemmistöihin kuuluvien hoidosta. Koska näin ei ollut, haastateltavanani oli myös sellaisia henkilöitä, jotka eivät oman käsityksensä mukaan olleet koskaan kohdanneet sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöön kuuluvaa vanhusta asiakkaanaan. Nämä henkilöt eivät luonnollisesti voineet kertoa tilanteista, joissa sukupuolen ja seksuaalisen

suuntautumisen huomioon ottaminen olisi ollut jollain tapaa ongelmallista. Tällaisia henkilöitä haastateltaessa keskiössä olivat haastateltavien näkemykset siitä, miten he *voisivat* toimia sukupuoli- tai seksuaalivähemmistöön kuuluvan vanhuksen kohdatessaan.

Hypoteettiset kysymykset muodostuivat lopulta keskeiseksi osaksi haastatteluja. Kävi ilmi, että suurin osa haastateltavista ei ollut koskaan kohdannut sukupuoli- tai seksuaalivähemmistöihin kuuluvia asiakkaita. Näin ollen pyysin haastateltavia kertomaan, miten he toimisivat tilanteissa, joissa asukkaana olisi sukupuoli- tai seksuaalivähemmistöön kuuluva vanhus. Pertti Alasuutari (2001, 152) esittää yhtenä haastatteluaineiston tuottamisen keinona hypoteettiset kysymykset, jotka tekevät haastateltavalle mahdolliseksi pohtia aihetta henkilökohtaisemmin ja konkreettisemmin. Huomasin, että hypoteettiset kysymykset olivat monelle haastateltavalle vaikeita, mutta antoisia. Moni syventyi pohtimaan kysymyksiä pitkäksi aikaa ja päätyi oivaltamaan itselleenkin uusia asioita. Hypoteettisten kysymysten käytössä tulee kuitenkin huomioida se, että haastattelijoiden vastaukset eivät ole heijastuksia todellisuudesta, vaan ainoastaan tulkintoja siitä. Tällainen diskursiivinen näkökulma haastatteluihin siten kyseenalaistaa ja problematisoi käsityksen yksilöiden aidosta olemuksesta ja todellisista tunteista, joita haastattelun avulla pystytään vangitsemaan (Alasuutari 2001, 160).

Lähdin etsimään haastateltavia niin sanotun lumipallo-otannan avulla (Hirsjärvi & Hurme 2009, 59). Otin aluksi yhteyttä kahteen vanhainkotien yhteyshenkilöön, jotka toimivat avainhenkilöinä haastateltavien etsinnässä. Avainhenkilöitä ovat usein sellaiset henkilöt, jotka ovat tiiviisti mukana ja hyvin perillä siinä toiminnassa, jota ollaan tutkimassa (mt., 59–60). Tässä tapauksessa kyseessä olivat vanhainkotien esimiehet sekä osastonhoitajat. Pyysin avainhenkilöitä ehdottamaan haastateltavia ja edelleen uusia haastateltavia tekemään samoin. En asettanut tarkkoja kriteereitä haastateltaville, sillä halusin mahdollisimman monipuolisen ja kirjavan joukon haastateltavia.

Haastattelin kymmentä hoitotyöntekijää, jotka työskentelivät kahdessa eri pääkaupunkiseudun vanhainkodissa. Haastattelut toteutettiin maaliskokuussa 2013. Olin haastatellut kahta hoitajaa syksyllä 2012 työskennellessäni Yhdenvertainen

vanhuus -projektissa, ja käytän myös näitä haastatteluja tutkielmani aineistona. Syksyllä tekemiäni haastattelujen runko oli muuten samankaltainen, mutta siitä puuttui toiminta- ja vaikutusmahdollisuuksia käsittelevä teema-alue. Haastattelut sopivat kuitenkin pro graduni aineistoksi, sillä niissä käsiteltiin niin toiminta- kuin vaikutusmahdollisuuksiakin, vaikka ne eivät olleet esillä erillisenä teema-alueena.

Haastattelut toteutettiin työntekijöiden työpaikalla heidän työaikanaan, haastattelulle erikseen varatussa tilassa. Ennen haastatteluja olin yhteydessä jokaiseen haastateltavaan sähköpostitse ja kävimme haastattelun kulkua sekä tutkimuksen tarkoitusta läpi. Haastateltavista kahdeksan oli naisia ja kaksi miehiä. Heidän joukossaan oli lähi- ja sairaanhoitajia sekä esimiesasemassa toimivia hoitajia. Haastateltavien työkokemus vanhustenhoidossa vaihteli noin kolmesta vuodesta kahteenkymmeneen vuoteen. Haastattelut kestivät 40:stä minuutista puoleentoista tuntiin. Haastattelut nauhoitettiin, jonka jälkeen ne litteroitiin. Analyysissä käytän haastateltavista kirjaintunnisteita (H1= haastateltava 1) haastateltavien anonymiteetin turvaamiseksi. Lisäksi olen muuttanut vanhainkotien nimet, mikäli ne tulivat käyttämissäni lainauksissa esille. Analyysin jälkeen haastattelunauhat hävitettiin.

Toinen vanhainkoti, jossa haastateltavat työskentelivät, on 130-paikkainen. Sen asukkaista suurin osa on keskivaikeasti tai vaikeasti muistisairaita. Kyseisen vanhainkodin yhteydessä toimii myös tuetun palveluasumisen yksikkö. Toinen vanhainkodeista on erikoistunut muistisairaiden hoitoon eli hoitoon pääsyn edellytyksenä on muistisairausdiagnoosi. Kooltaan tämä vanhainkoti on hieman pienempi: siellä on kolme osastoa, joissa on yhteensä 97 pitkäaikaipaikkaa.

Kyseiset vanhainkodit täydentävät Helsingin kaupungin vanhuspalveluja ja ne kuuluvat Helsingin kaupungin konserniin. Ne muodostavat yhden suurimmista vanhuspalveluiden tarjoajista pääkaupunkiseudulla. Olin vieraillut molemmissa vanhainkodeissa jo ennen haastatteluja toimiessani projektiassistenttina Setassa. Pääsin vierailemaan myös toisen vanhainkodin osastolla, joten minulle oli muodostunut käsitys vanhainkodin tiloista ja toimintaympäristöstä muutenkin kuin haastattelujen perusteella. Lisäksi olin etukäteen tutustunut vanhainkotien materiaaleihin, muun muassa uuden asukkaan elämänkaarta ja -tilannetta kartoittaviin tiedonkeruulomakkeisiin. Näin ollen

myös vanhainkotien toimintatavat uuden asukkaan saapuessa olivat tulleet tutuiksi.

5.1 Menetelmät ja analyysin eteneminen

Analyysini etenee kaksivaiheisesti. Analyysin ensimmäisessä vaiheessa olen käyttänyt aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Johanna Ruusuvuori ja kumppanit (2010) esittävät, että puhdas aineistolähtöinen sisällönanalyysi on systemaattista aineiston koodausta sitä pilkkoen, listaten ja uudelleen ryhmitellen. Olen käyttänyt tätä lähestymistapaa, mutta lisäksi käyttämäni teoreettiset käsitteet ja lukemani tutkimuskirjallisuus ohjasivat tapaan käsitellä aineistoa. Oma asemani tutkijana, tutkimuskysymykseni sekä tekemäni valinnat ovat vaikuttaneet aineiston jäsentämiseen. Näin ollen tutkimusmenetelmäni asettuu teoriaohjaavan ja aineistolähtöisen sisällönanalyysin välille.

Analyysin edetessä hoitajien puheen tarkastelu sai kuitenkin suuremman painoarvon kuin haastattelujen sisällöllinen teemoittelu. Tässä mielessä analyysini on saanut vaikutteita diskurssianalyysista. Tarkastelen hoitajien puhetta konstruktionistisesta näkökulmasta eli osana sosiaalista todellisuutta (Jokinen ym. 1993, 9). Hoitajat yhtäältä tuottavat puheellaan sosiaalista todellisuutta sekä toisaalta ovat itse sen tuote. En tarkastele hoitajien puhetta ilmauksena heidän yksityisistä tunteistaan, asenteistaan tai ajatuksistaan, vaan puheena, joka on sidoksissa tiettyihin sosiaalisiin lainalaisuuksiin ja kontekstiin, jossa se tapahtuu (ks. Peräkylä 1990, 12).

Kiinnitän aineistossa huomiota siihen, miten haastateltavat jäsentävät sukupuolen ja seksuaalisen suuntautumisen moninaisuutta puheessaan (ks. Alasuutari 1994, 120–121). Ne tavat ja argumentit, joilla hoitajat oikeuttavat käsityksiään ja ratkaisujaan, ovat keskeisiä (Juhila & Suoninen 1999, 238). Hoitajien puheen analysoiminen ja puheen sijoittaminen siihen sosiaaliseen kontekstiin, jossa puhetta tuotetaan, edellyttää sen pohtimista, mitä puhutaan, miten puhutaan ja millä muilla tavoilla voitaisiin puhua. Lisäksi on kyse siitä, kenellä on oikeus puhua. (Norrman et al. 2010, 9.)

Konkreettinen analyysiprosessi alkoi jäsentämällä haastatteluaineistoa karkeasti haastatteluteemojen kautta. Haastatteluteemojeni olivat seksuaalisen suuntautumisen ja sukupuolen moninaisuuden kohtaaminen vanhainkodissa, hoitajan valmiudet sekä vaikutus- ja toimintamahdollisuudet (LIITE 1.). Paikansin aluksi keskusteluja, joita

hoitajat kävivät eri teemojen ympärillä. Hyvin pian kuitenkin huomasin, että tutkimuskysymykseni kannalta mielekkäämpi lähestymistapa oli hoitajien argumentointitapojen tarkastelu. Teemoittelu osoittautui tässä ainoastaan hyväksi keinoksi *kuvata* aineistoa.

Koska tutkielmani tarkoituksena on vastata kysymykseen hoitajien valmiuksista kohdata HLBTI-vanhuksia, selkeä lähtökohta analyysille oli paikantaa kaikki kohtaamiset. Koodasin aineistosta kaikki kohdat, joissa haastateltavat kertoivat kohtaamisista sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien vanhusten kanssa. Osa näistä oli todellisia⁹ ja osa hypoteettisia kohtaamisia tai työtovereiden kokemuksia kohtaamisista. Tämän jälkeen järjestin aineistoa koodaten siitä puhetta, jossa hoitajat esittivät syitä kohtaamisten haastavuudelle, sekä tekijöitä, jotka heidän mukaansa mahdollistivat yhdenvertaisen kohtaamisen.

Aineiston järjestämisen kohtaamisia haastaviin ja mahdollistaviin tekijöihin perustelen siten, että tämän jäsennyksen kautta saattoi päästä käsiksi niihin asioihin, jotka hoitajien mukaan vaikuttivat hoitoon ja samalla sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien vanhusten kohtaamiseen. Sekä haasteiden että mahdollistavien tekijöiden tarkastelun avulla voi päästä lähemmäksi sitä monen tekijän kokonaisuutta, joka yhtäältä rajaa ja toisaalta mahdollistaa HLBTI-vanhusten huomioonottamista vanhainkodeissa. Tätä kautta hoitajien valmiuksia voi tarkastella myös laajemmin ja kytkeä ne hoitotyöhön yleensä. Toisin sanoen valmiudet kohdata sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvia vanhuksia kertovat myös valmiuksista kohdata kuka tahansa asukas.

Olen tarkastellut hoitajien haastattelupuhetta pitäen mielessäni haastattelujen erityisluonteen vuorovaikutustilanteina (esim. Hirsjärvi & Hurme 2001). Hoitajat edustavat omaa ammattikuntaansa ja haastattelupuhe on kauttaaltaan heidän näkemystensä, ajatustensa ja kysymystensä värittämää. Hoitajien asema oman alansa asiantuntijoina vaikuttaa siihen, minkälaisena he itsensä haastatteluissa esittävät, ja minkälaisiin arvoihin ja ajatuksiin he kiinnittyvät. Tämän vuoksi onkin tärkeää lukea

⁹ Todellisella kohtaamisella tarkoitetaan tässä yhteydessä sitä, että haastateltavat olivat kuulleet asukkaalta itseltään tämän kuulumisesta sukupuoli- tai seksuaalivähemmistöön, ja olivat siten varmoja asiasta.

haastattelupuhetta muistaen, että ammattistatus asettaa rajoja sille, mitä hoitajat haastatteluissa kertovat (ks. Meskus 2009, 228–229).

Olen pyrkinyt aineistoni luennassa (Ronkainen 2004, 66–67) pääsemään hoitajien puheen sisään ja sen taakse. Se mitä asioista sanallisesti kerrotaan, ei välttämättä vastaa sitä, miten konkreettisessa työtilanteessa toimitaan. Olen kiinnittänyt huomiota myös siihen, miten hoitajat puheellaan tulevat tuottaneeksi ja ylläpitäneeksi sukupuoli- ja heteronormatiivisuutta silloin, kun he puhuvat sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöistä. Ensi alkuun neutraalilta näyttävä puhe saattaa pitää sisällään latautuneempia käsityksiä siitä, mikä on suotavaa tai hyväksyttävää seksuaalisuutta ja sukupuolisuutta laitoskontekstissa.

Koodattuani aineiston karkeasti kohtaamisiin, haasteisiin ja mahdollisuuksiin sekä tiivistettyäni aineistoa, lähdin terävöittämään analyysia keskittymällä siihen, miten hoitajat jäsensivät sukupuolen ja seksuaalisen suuntautumisen moninaisuutta, ja miten he argumentoivat käsityksiään. Pyrin olemaan herkkä aineistolle ja löytämään hoitajien puheesta keskeisimmät tekijät, jotka vaikuttivat yhdenvertaisuuden toteutumiseen. Teoria sen sijaan ohjasi minua tarkastelemaan aineistoa instituution tasolla ja hoitotyön näkökulmasta, minkä koin vaikeaksi ilman aikaisemman tutkimuksen ja teorian tukea. Sisältölähtöisyys ei siten ollut riittävä keino tavoittaa niitä hoitajista riippumattomia tekijöitä, jotka hoitajien mukaan osaltaan vaikuttivat yhdenvertaisen hoidon toteutumiseen. Tukeutumalla teoriaan pyrin siis välttämään sitä, että tulisin tulkinneeksi vain yksittäisten haastateltavien puhetta irrallaan kontekstista, jolloin olisi mahdotonta tavoittaa niitä tekijöitä, jotka ovat läsnä hoitotyössä hoitajista riippumatta. Toisaalta taas tulkitsen instituution ja institutionaaliset käytännöt hoitajista irrallisiksi ja riippumattomiksi vain silloin, kun hoitajat eksplisiittisesti tekevät niihin puheessaan eroa.

5.2 Aineiston rajoituksia

Aineistoni koostuu kymmenestä teemahaastattelusta, joissa on haastateltu kahdessa eri pääkaupunkiseudun vanhainkodissa työskenteleviä hoitajia. Kymmenen haastattelua on varsin tavallinen määrä pro gradu-tutkielmassa, mutta siitä ei voi tehdä kaikkia hoitajia koskevia yleistyksiä tai yksiselitteisiä päätelmiä koko vanhustyön kentän tilanteesta.

Haastattelut on toteutettu kahdessa pääkaupunkiseudun vanhainkodissa, joten pienempien kaupunkien ja kuntien tilanteesta tämä tutkielma ei tarjoa tietoa. Voisi olettaa, että pienemmillä paikkakunnilla ja esimerkiksi maaseudulla moninaisuus ei ole samalla tavalla läsnä kuin pääkaupunkiseudulla, mikä voisi tarkoittaa sitä, että sukupuolen ja seksuaalisen suuntautumisen moninaisuuteen liittyvät asiat olisivat näillä alueilla vieraampia. Lisäksi on huomioitava, että haastateltavikseni valikoitui hoitajia, jotka kaikki suhtautuivat neutraalisti tai myönteisesti sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin. Tämän vuoksi aineistossani ei ole henkilöitä, jotka lähtökohtaisesti suhtautuisivat aiheeseen kielteisesti, mikä taas vaikuttaisi analyysin tuloksiin.

Jokaisella haastateltavallani oli myös etukäteen jonkin verran tietoa Setan Yhdenvertainen vanhuus -projektista ja sen aihepiiristä. Tämän vuoksi heitä voi pitää tietoisempina sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin ja ikääntymiseen liittyvistä asioista kuin hoitajatovereitaan. On siis tärkeää pitää mielessä, että tutkielmaani varten haastatellut hoitajat eivät anna yleiskuvaa tietotasosta, joka vanhustyössä olevilla hoitajilla on liittyen HLBTI-ikäntymiskysymyksiin. Lisäksi tutkimuksen tulokset antavat luultavasti myönteisemmän kuvan hoitajien valmiuksista, kuin mikä olisi saatu aineistosta, jossa haastateltavina olisi ollut homoseksuaalisuuteen ja transihmisyyteen kielteisesti suhtautuvia hoitajia.

Vaikka pro gradu -tutkielmani tarkoituksena onkin tutkia hoitajien valmiuksia kohdata ja hoitaa sekä sukupuoli- että seksuaalivähemmistöihin kuuluvia vanhuksia, jäi transsukupuolisten, intersukupuolisten ja etenkin biseksuaalien kohtaaminen haastatteluissa selkeästi vähemmälle huomiolle. Puhun silti sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöistä tai HLBTI-vanhuksista jo sen vuoksi, että inklusiivisten termien käyttämättä jättäminen viestisi virheellisesti niin, että vain homojen ja lesbojen asiat ovat tärkeitä.

Haastattelemiani hoitajat olivat koulutukseltaan sairaanhoitajia sekä lähi- ja perushoitajia (LIITE 2). Osalla oli myös hoitoalan ulkopuolista koulutusta sekä lisäksi kahdella haastateltavalla yliopisto-opintoja johtamisesta. Haastateltavista kolme toimi

esimiesasemassa: kaksi osastonhoitajina ja yksi hoitotyön johtajana. Jokaisella haastateltavalla oli useamman vuoden kokemus vanhustenhoidosta.

Haastattelutilanteet olivat melko luontevia. Tähän vaikutti uskoakseni se, että olin saanut suurimman osan haastateltavista heidän tuntemiensa esimiesten kautta. Lisäksi se, että minulla itselläni oli kokemusta pitkäaikaisosastolla työskentelemisestä, loi mahdollisesti haastateltaville tunteen, että ymmärrän, mistä heidän työssään on kyse. Näen tämän merkityksellisenä tutkija-tutkittava-asetelmaa ajatellen, sillä roolini haastatteluissa oli yhtä aikaa sekä tutkijan että työkaverin, joka jakaa samanlaisen kokemusmaailman arjen hoitotyöstä.

Sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöistä puhuminen saattaa olla monelle hankalaa. Pyrin kertomaan haastateltaville tarkkaan haastattelun kulusta sekä korostin sitä, että haastattelu on keskustelunomainen luonteeltaan. Kaikki haastateltavani tiesivät etukäteen, että työskentelin haastatteluhetkellä Yhdenvertainen vanhuus -projektin assistenttina, minkä vuoksi pidin tärkeänä nostaa esiin myös kokemukseni vanhustenhoidosta. En kuitenkaan koe, että haastateltavat olisivat pidättäytyneet vastaamasta tai arastelleet haastatteluja sen vuoksi, että minulla oli asiantuntemusta HLBTI-kysymyksistä.

Vaikka aineisto on kooltaan pieni, se tarjoaa harvinaista tietoa vanhustyöntekijöiden valmiuksista kohdata sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvia vanhuksia. Kuten aikaisemmin olen jo todennut, Suomessa HLBTI-ikäntymistutkimus on vielä lapsenkengissä, joten tutkielmani tulokset tulevat todennäköisesti suuntaamaan jatkotutkimusta tietyille osa-alueille. Tutkielmani toimii pioneerityönä aiheesta suomalaisessa laitos- ja hoitokontekstissa, mikä on yhtäältä luonut mahdollisuuksia ja toisaalta tuonut haasteita koko tutkimusprosessin ajan.

Olen edennyt analyysissäni siten, että aluksi kartoitan hoitajien varsinaisia tai hypoteettisia kohtaamisia sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien vanhusten kanssa. Erittelen kohtaamisten luonnetta ja sitä, miten kohtaamisista on puhuttu ja miten niistä puhutaan. Tämän jälkeen tarkastelen asioita, jotka hoitajien mukaan mahdollistivat yhdenvertaisen hoidon toteutumisen tai olivat sen takeita. Tätä seuraa haasteiden avaaminen, minkä kautta tulen tulkitsemaan HLBTI-ikäihmisten tilannetta

vanhustyön kentällä. Lopuksi laajennan tarkastelua yksittäisten hoitajien kohtaamisista, koetuista mahdollisuuksista ja haasteista instituution tasolle.

6 Moninaisuutta kohtaamassa

Vanhustyöntekijä kohtaa väistämättä työssään vähemmistöryhmiin kuuluvia ihmisiä. Sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvat vanhukset ovat eläneet nuoruutensa ja varhaisaikuisuutensa aikana, jolloin homous, lesbous, bi- ja transihmisyydet ovat olleet hyvin stigmatisoituja asioita (D’Augelli & Grossman 2001, 1009). HLBTI-ikäihmisten näkymättömyys vanhustyön kentällä on tutkimusten mukaan suuri ongelma, joka juontaa juurensa sekä vähemmistöryhmiin liitetystä stigmasta että vähemmistöstatuksesta. Sukupuoleltaan ja seksuaaliselta suuntautumiseltaan moninaiset ihmiset nähdäänkin helposti vain poikkeuksina normista. (Witten 2008.) Tämän vuoksi moni vanhustyötä tekevä hoitaja uskookin, ettei ole koskaan hoitanut sukupuoli- tai seksuaalivähemmistöön kuuluvaa vanhusta (Socada 1998, 425).

Tässä luvussa erittelen hoitajien kokemuksia sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien vanhusten kohtaamisesta. Tarkoitukseni on avata sitä, missä määrin haastatellut pääkaupunkilaiset hoitajat ovat kohdanneet HLBTI-ikäihmisiä, ja minkälaisia kokemuksia hoitajilla on heidän hoitamisestaan. Lisäksi tarkastelen sitä, minkälaisena seksuaalisen suuntautumisen ja sukupuolen moninaisuuden puheeksi ottaminen ja siitä keskusteleminen näyttäytyy hoitotyössä. Kiinnitän huomioita erityisesti siihen, miten hoitajat puhuvat kohtaamisista sekä miten he jäsentävät sukupuolta, sukupuoli-identiteettiä, seksuaalisuutta sekä seksuaalista suuntautumista puheessaan. Aluksi tarkastelen kuitenkin sitä, millaisena ajatus aktiivisesti seksuaalisista vanhuksista näyttäytyy hoitajien puheessa.

6.1 Seksuaalikielteen kulttuuri

Keskustellessamme sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöistä ja heidän kohtaamisestaan vanhainkodissa, keskustelu ajautui helposti koskemaan seksuaalisuutta yleensä. Ei ole tavatonta, että seksuaalinen suuntautuminen ja sukupuoli-identiteettiä koskevat asiat rinnastetaan seksuaaliseen käyttäytymiseen (Norrman et al. 2013, 240–241). Uskon kuitenkin, että vanhusten seksuaalisuudesta puhuminen yleisellä tasolla voi avata sitä, minkälainen hoitokulttuuri vanhainkodeissa vallitsee. Puheessa vanhusten seksuaalisuudesta yleisellä tasolla (so. ei spesifisti sukupuoli- ja seksuaalivähemmistönäkökulmasta) vaikenemisen ja puheeksi ottamattomuuden

kulttuuri oli vahvasti läsnä:

No se [seksi] on varmaan tabu. Ihmiset ei oo tottunu puhumaan, se on semmonen, että ei saa puhua seksistä tai seksuaalisuudesta, että se on kotona tapahtuva, seinän sisällä tapahtuva ilmiö, et siitä ei saa puhua muualla. Mut jos miettii laitosmaailmassa, täällä hoivakotimaailmassa, ni pakkohan siellä on puhua, koska se on niinku se koti sitten jo, mut tottakai se lähtee asukkaasta itsestään, et ei sitä voi taas ruveta utelemaan ja näin, et täytyy niinku olla hyvin hienovarainen ja yleensä nämä ihmiset on myöskin sodan käyneitä ja näin, ni silloin se oli semmonen, mistä ei puhuttu, et hyvin arkaluontoinen, et se vaatii siltä hoitajalta tietynlaista luottamusta ja semmosta ammattitaitoo ja... H7

[...] mäki kävin sit viel ne mejän lomakkeet läpi, ni siel oli mun mielest yhdessä lomakkeessa joku pieni kohta, että seksuaalisuus tai joku, mut et se niinku sivuutetaan mun mielest aika lailla. H9

Ja omaisista sitten tota, että jos he ei tuo sitä niin kun esille, niin on se must kyl hoitajan aika vaikeeta sitten ruveta siit niinku puhumaan. H10

Ensimmäisessä sitaatissa hoitaja pohtii seksin ja seksuaalisuuden tabuluonnetta. Hän liittää seksuaalisuuden ammatilliseen käsittelemiseen hienovaraisuuden: asiasta ei saa udella. Intiiminä pidettyihin asioihin liitetään ammattieettinen ulottuvuus siten, että hoitajan velvollisuus on suhtautua aiheeseen nöyrästi asukkaan toiveita kunnioittaen (ks. Terde 1996, 4–5). Seksuaalisuus on länsimaissa siirretty ihmisten henkilökohtaiseksi ja yksityiseksi asiaksi. Sen käsittelyyn liitetään kiusaantuneita tunteita, minkä vuoksi seksuaalisuus ympäröidään tabuilla ja siitä vaietaan (mt., 5, 7).

Toisessa sitaatissa hoitaja kertoo, että hoitoneuvottelujen tukena olevissa tiedonkeruulomakkeissa on mainittuna seksuaalisuus, mutta se sivuutetaan hoitajan ja asukkaan tai asukkaan omaisen välisessä vuorovaikutuksessa. Kahdessa muussa sitaatissa painotetaan sitä, että seksuaalisuudesta keskusteleminen lähtee asukkaasta itsestään ja mikäli asukas tai omainen ei itse ota asiaa esille, on hoitajan vaikea alkaa siitä puhumaan. Vaikka seksuaalisuus oli yhtenä osa-alueena lomakkeissa, jäi se aktiivisen keskustelun ulkopuolelle hoitajan toimesta silloin, kun asianomaiset eivät itse tuoneet sitä esille.

Samaan tapaan kuin sukupuoli- tai seksuaalivähemmistöön kuulumisen, myös seksuaalisuus on institutionaalisessa kontekstissa stigmatisoitu asia. Tästä johtuen laitoshoidossa olevien vanhusten ajatellaan usein olevan aseksuaalisia. (Hillman 2012,

83.) Suurin osa haastatelluista ei itse yhtynyt käsitykseen vanhuksista seksuaalisesti taantuneina tai haluttomina, mutta uskoi hoitajakunnan yleisesti ajattelevan, että seksuaalisuus ei kuulu vanhusten elämään.

S: Miten tommoset niinku sukupuoleen tai seksuaalisuuteen liittyvät asiat, tuleeks ne usein esille?

H2: Ei.

S: Mistä sä luulet, että se johtuu?

H2: Ehkä se johtuu ihan siitä, et vaikka meillä on tää hetero-oletamus, ni me ajatellaan et vanhuksethan on täämsiä ihmisiä, joilla ei ole mitään seksuaalisuuteen liittyvää enää jäljellä, et me nähdään se seksuaalisuuskin hirveesti niin, et se on jotain yhdyntää. Vaikka seksuaalisuushan on hirveen iso asia.

[...] ja sit ku aatellaan, et eihän nyt vanhukset oo millään tavalla seksuaalisia, että...Et se on niinku se perusajatus, mikä lähtee jo niinku oppilaitoksista mun mielestä. H9

Puhumattomuuden taustalla nähtiin siis olevan yleinen käsitys siitä, että vanhukset eivät ole enää seksuaalisesti aktiivisia. Niiden asioiden, joiden ei ajateltu koskevan laitoshoidossa olevia vanhuksia, ei ollut mahdollista tulla hoitoon liittyvissä keskusteluissa esille. Seksuaalisuuden käsittäminen yhdyntäkeskeisenä oli myös läsnä hoitajien puheessa. Yhdyntäkeskeisyys taas tekee kaikenlaisen muun seksuaalisuuden kuin heteroseksuaalisen yhdynnän näkymättömäksi. Toisaalta taas, jos yhdyntöjenkään ei uskota kuuluvan vanhusten elämään, voi kysyä, ajatellaanko seksuaalisuutta olevan ollenkaan läsnä vanhainkodeissa.

Seksuaalisuuden puuttuminen hoitotyöhön liittyvistä keskusteluista sekä seksuaalisuudesta vaikeneminen hoitajan ja asukkaan välisessä vuorovaikutuksessa ovat yksi osa seksuaalisuuden näkymättömyyttä institutionaalisessa ympäristössä. Näiden lisäksi seksuaalisuutta tukevia käytäntöjä ei haastateltavien puheen perusteella vanhainkodeista juuri löytynyt tai ne eivät olleet juurtuneet osaksi hoitotyötä. Tämä tulee selväksi tarkasteltaessa hoitajien kertomuksia tilanteista, joissa asukas oli jollakin tavoin ilmaissut seksuaalisuuttaan laitoshoidossa ollessaan.

Olihan tässä yks asukas, joka oli tullu, jolla oli dildo tavaroihin pakattuna, mut ei kukaan varmaan...se on nyt laitettu jonnekin kaapin perukoille, et ei kukaan menny, että hänellä ois jotenki mahdollisuus sitä käyttää. H2

No oli just puhetta, et joku asukas on toivonu, olis halunnu katsoa pornoa, ni oli sit vähän asenne, että ei pornoo. Et miks ei voisi kattoo pornoo, koska pitääkö meidän ihmisten muittenkaan kertoa, et mä katon Salattuja Elämiä tai Kauniita ja Rohkeita tai näin. Ni miks ei? H7

Asukkaan henkilökohtaisen omaisuuden piilottaminen pois näkyviltä sekä suhtautuminen pornon katseluun kuvaavat sitä, miten seksuaalisuus käsitetään sopimattomaksi ja vanhainkotiin kuulumattomaksi asiaksi. Asukkaan ilmaus kiinnostuksesta pornon katseluun aiheuttaa hoitajakollektiivissa kielteisen reaktion, josta puolestaan seuraa se, että katselua ei mahdollisteta. Näissä tapauksissa valtasuhde hoitajan ja asukkaan välillä on selvä: hoitajalla on valtaa päättää, mikä on sopivaa käytöstä ja mikä ei (Turner 2006, 12). Tämä nostaa esiin myös kysymyksen, missä määrin normista poikkeava seksuaalisuus tai sukupuolen ilmaisu aiheuttaa haasteellisia tilanteita, jos työyhteisö on seksuaalikielteen jo silloin, kun kyseessä on heteroseksuaalinen toiminta.

Haastatteluaineistoa ei läpäise ainoastaan seksuaalikielisyys, vaan myös epätietoisuus siitä, miten asukkaan seksuaalisuuden ilmaisuun tulisi suhtautua ja miten tilanteissa tulisi toimia. Keskustellessamme siitä, millä tavoin seksuaalisuus on vanhainkodissa läsnä, hoitajat mainitsivat tilanteita, joissa asukas oli tavattu masturboimasta tai asukkaan oli tiedetty harrastavan seksiä kumppaninsa kanssa. Näitä enemmän kerrottiin kuitenkin tilanteista, joissa seksuaalisuutta ilmaistiin aggressiivisesti. Seksuaalisuus näyttäytyi vanhainkodissa hoitajien kertoman mukaan suurelta osin häiriökäyttäytymisenä ja usein nimenomaisesti miesasukkaan hyökkäävänä käyttäytymisenä, joka saattoi kohdistua niin hoitajiin kuin muihin asukkaisiin. Yhteistä näille tilanteille oli, että tilanteen ratkaiseminen ei näyttänyt aina yksiselitteiseltä tai ratkaisun tekemiseen ei löytynyt tukea.

[...] tällä naisasukkaalla, et hänelä oli esimerkiks ihan suihkutilanteissa, että hän tyydytti itseensä ja *sitte mietittii aina monta kertaa* sitä, että miten me niinku toimitaan, mut sit me tehtiin sit silleen, että annettiin hänen hoitaa asiansa, että lähetettiin siks aikaa sieltä suihkuhuoneesta pois ja laitettiin niinku ovi rakoselleen, että tietenkin häntä täytyy... vähän olla tällanen muistisairaski niin valvovan silmän alla, ettei sitte liukastu siellä, mutta tota annettiin, hoidettiin asia sit niin, et annettiin. Mutta ei me sitte tälle aviomiehelle koskaan kerrottu. Että hän. H1 (kursivointi SV)

Sitaatissa hoitaja kertoo, että naisasukas oli tyydyttänyt itseään suihkuutilanteissa. Tässä, vastoin kuin aiemmin esitetyissä tilanteissa, vanhuksen seksuaalisuuden toteuttaminen mahdollistettiin. Tämä ei kuitenkaan näytä yksiselitteiseltä, sillä asukkaan masturboiminenkin vaati osakseen pohdintaa, kuinka tilanteessa tulisi toimia sen sijaan, että se olisi käsitetty luonnollisena osana vanhuksen elämää. Seksuaalisen käyttäytymisen ei siten voi katsoa olevan asia, joka kuuluu luonnollisena osana vanhainkodin arkeen ja vanhusten elämään, vaan se vaatii osakseen tapaus- ja tilannekohtaista arviointia silloinkin, kun seksuaalinen toiminta ei ole häiriöksi muille. Tulen myöhemmin tarkastelemaan, missä määrin heteronormista poikkeava seksuaalisuuden ja sukupuolen ilmaisu on hoitajien mukaan mahdollista hoitolaitoksessa.

Eräs toinen hoitaja kertoi vanhuksista, joiden tiedettiin harrastavan seksiä vanhainkodissa:

[...] tiedän et meil on täällä pari semmosta asukasta, että tiedetään, että heillä on ihan sukupuolista kanssakäymistä täällä ja heille laitetaan sitten lappu oveen, että ei saa häiritä. Sehän vaatii silloin sitä, että siitä puhutaan avoimesti, et kaikki omaiset ei ehkä kehtaa ottaa sitä asiaa esille. H2

Vanhusten seksin harrastaminen mahdollistettiin laitamalla oveen ei saa häiritä -lappu. Hoitajan mukaan tilanteen mahdollistaminen vaati sitä, että asiasta puhuttaisiin avoimesti. Ongelmana hän näki sen, etteivät kaikki omaiset välttämättä kehtaisi puhua asiasta ja toisaalta sen, etteivät hoitajat kehtaisi itse ottaa asiaa puheeksi. Näin ollen omaisten ja hoitajien puhumattomuus on toisiaan vahvistavaa, mikä yhä edelleen ylläpitää seksuaalisuuteen kohdistuvaa puhumattomuuden kulttuuria.

Hoitajien mukaan seksuaalisuudesta ei siis kehdattu puhua tai ajateltiin, etteivät asiakkaat halua ottaa asiaa esille. Tämän voi ymmärtää tietynlaisena stigman managerointina: hoitajat eivät puhuneet asiasta ääneen, vaan tilanteessa pyrittiin olemaan huolellisesti välinpitämättömiä stigman suhteen (ks. Goffman 1986 [1963], 41). Vanhusten seksuaalisuuteen ja sen toteuttamiseen vanhainkotiympäristössä liittyi siis kielteisyyttä, kun asukkaan henkilökohtaisia tavaroita piilotettiin ja pornon katselu kiellettiin. Toisaalta taas seksuaalisuuden toteuttamista myös mahdollistettiin, mutta tämä edellytti avoimuutta, tietoa ja varmistusta siitä, että vanhuksella todella on

seksielämää. Lisäksi seksuaalisuuden kohtaamiseen liittyi epäselvyyttä, ja oikean toimintatavan löytäminen edellytti asioiden miettimistä monta kertaa.

6.2 Epäilyksiä erilaisuudesta

Suurin osa haastattelemistani hoitajista ei kertomansa mukaan ollut koskaan uransa aikana hoitanut sukupuoli- tai seksuaalivähemmistöihin kuuluvaa vanhusta siten, että asia olisi avoimesti ollut työyhteisön tiedossa. Muutama hoitaja kertoi varmuudella hoitaneensa osastollaan lesbovanhusta, jonka luona vieraili usein tämän ystävätär. Lisäksi moni oli tietoinen siitä, että muilla osastoilla oli asunut homo- ja lesbovanhuksia, mutta heillä itsellään ei varsinaisesti ollut kokemusta kyseisten vanhusten hoidosta. Yhdelläkään hoitajista ei kertomansa mukaan ollut kokemusta transsukupuolisten, transvestiittien tai intersukupuolisten vanhusten hoidosta.

Kaikkia kertomuksia sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien vanhusten kohtaamisesta väritti se, että asukkaan seksuaalisesta suuntautumisesta ei koskaan keskusteltu suoraan asianomaisten kanssa. Tämän vuoksi suurin osa kohtaamisista näyttäytyi arveluna ja spekulatsioonana tilanteen todellisesta laidasta:

[...] mun kollegat oli ihan samaa mieltä asiasta, mutta eihän ei se meille koskaan sitten selvinny. Tääkin oli niin kun neiti-ihminen, mutta hänellä kävi sitten sellainen naisvieras siellä ja sit sellasta pientä, mitä saatiin taustatietoa tai kertomuksia niin...mutta se jäi ikuisesti epäselväksi sitten, että ei sitä niin kun koskaan suoraan sanottu sitä asiaa. H1

Meillä oli asukkaana lesbonainen, mutta hän on jo kuollut ja hänestäkään ei sillain puhuttu. Tietty kaikki niinku tiesi, että hän on ja että tämä ystävä sitten kävi meillä. H10

Tieto asukkaan seksuaalisesta suuntautumisesta jäi usein epäselväksi, vaikka asia periaatteessa kerrottiin tiedettävän. Toisin sanoen hoitajat olivat vain harvoin tietoisia siitä, mistä tieto asukkaan seksuaalisesta suuntautumisesta oikeastaan oli peräisin. Näissä tapauksissa kyseessä oli useimmiten naisasukas, jota tämän ystävätär kävi katsomassa. Suhteen laadusta ei ollut varsinaisesti tietoa, mutta arvailuja ja suoranaisia oletuksia tehtiin: kyseessä on elämäkumppani. Olin kiinnostunut saada tietää, oliko asukas tai olivatko asukkaan omaiset itse kertoneet asiasta hoitajille, mutta haastateltavat totesivat, ettei tiedon alkuperää oikeastaan tiedetty. Raja olettamisen ja tietämisen välillä oli näissä tapauksissa häilyvä.

Silloin, kun asukkaan seksuaalisesta suuntautumisesta ei ollut suoraa tietoa asukkaan itsensä tai läheisten taholta, päätelmiä tehtiin muista asioista. Asukkaan kuuluminen seksuaalivähemmistöön voitiin lukea esimerkiksi asukkaan siviilisäädystä ja siitä, oliko asukkaalla lapsia vai ei. Kun kyseessä oli naimaton ja lapseton nainen, jota ystävätär kävi usein tapaamassa, hoitajat pystyivät vahvistamaan itselleen totuutena pitämänsä tiedon vanhuksen seksuaalisesta suuntautumisesta tukeutumalla juuri nimenomaisiin seikkoihin:

No vähintään se, et kun tulee kyse perheestä tai omaisista, läheisistä, niin siinä vaiheessa tulee joka neuvottelussa puhe, et ainaki tällai niinku välillisesti, et onko lapsia. Se on aika nopeesti kerrottu, että on tai ei. H8

Olivatpa hoitajien kertomat kohtaamiset spekulatiota tai yleisesti totuutena pidettyjä asioita, niitä yhdisti se, että niistä ei puhuttu ääneen asukkaan tai asukkaan omaisten kanssa. Puhumattomuudesta näytti seuraavan se, että asukkaan mahdollista homoutta tai lesboutta alettiin epäillä kaikessa hiljaisuudessa:

[...] sit on pari miespuolista, kenestä oon epäilly näin, mut sitä ei koskaan oo tullu ilmi, eikä kukaan kysyny, kehannu kysyy suoraan, eikä asukas itse niinku sanonu mitään. H5

Epäily, siis se, mul on kahdesta asukkaasta Mäntykodin ajoilta, mulla on ollut epäily asiasta, mutta ei mulla ole ollut faktaa siitä. H1

Hoitajien puheessa asukkaan seksuaalisen suuntautumisen pohtiminen ilmaistiin epäilemällä tai epäilyksillä silloin, kun asiasta ei ollut varsinaisesti tietoa. Epäily sanana viittaa siihen, että jonkin asian oletetaan olevan jotakin. Epäily pitää sisällään konnotaation oletetun asian epäedullisuudesta, ja sanaa käytetäänkin usein kielteisissä yhteyksissä. Vanhuksen seksuaalinen suuntautuminen näyttäytyy epäily-puheessa asiana, joka on ei-toivottu, salainen ja siten niin häpeällinen, ettei siitä kehdata kysyä tai puhua suoraan. Tätä tukee myös se, että asian odotettiin tulevan ilmi asukkaan tai omaisten taholta, mutta hoitaja ei itse aktiivisesti ottanut asiaa puheeksi:

Must tuntuu näin, että mä en vois niinku mennä kysymään, et anteeks nyt vaan, ootteko te homo taikka lesbo, koska se on niin tabu ollu heijän siellä. Et mä en ehkä uskaltais mennä sitä sillain kysymään. Ainut, et johonkin tulohaastattelulomakkeeseen tai johonkin, siinä vois olla tietysti ihan niinku sellain, että seksuaalinen suuntautuminen. H5

Ei, emmä oo ottanu [puheeksi], vaikka mä oon näin kauan työskennelly, mut ei siit oo tullu juttua. Onhan joo, aina sanotaan, et se on yksinäinen nainen ja sil ei oo lapsia ja jotain tällasta se keskustelu on sitte ollu, mut ei niitä sen enempää pohdita sitten välttämättä. H3

Minä katson ainakin näin, et se on niin herkkä asia, että jos ei siitä niin kun henkilö itse voi sen kummemmin, tai halua [kertoa], ni sen eron tekeminen, että haluavatko he vai eivätkö he, ni on kyl semmonen veteen piirretty viiva. Hoitohenkilökuntana sillä ei lähde niinku tavallaan kevyesti, kevyin perustein leikkimään. H8

Ensimmäisessä yllä olevista sitaateista hoitaja kertoo, ettei voisi tai uskaltaisi kysyä asiasta, koska se on ollut vanhusten nuoruudessa tabu. Puheeksi ottamattomuus on siten oikeutettua sen nimissä, että niin toimimalla voidaan säilyttää tilanteen vaatima tahdikkaus (ks. Goffman 1986 [1963]). Tahdikkauden vaatimus taas kumpuaa seksuaali- tai sukupuolivähemmistöön kuulumiseen liitetystä stigmasta, jota hoitajat myös eksplisiittisesti tuottivat puhumalla tabusta. Näin ollen mahdollisuuteen, että joku vanhainkodin asukkaista kuuluisi sukupuoli- tai seksuaalivähemmistöön, oli suhtauduttava tahdikkaasti siten, ettei asiaa aktiivisesti otettu itse esille, jotta vanhusta voitiin suojella stigman aiheuttamalta häpeältä.

Sukupuolen ja seksuaalisen suuntautumisen moninaisuus näyttäytyi hoitajien puheessa arkaluontoisena asiana, josta ei ollut totuttu puhumaan eikä ottamaan puheeksi. Tämä voi selittyä osin sillä, että esimerkiksi henkilötietolaki (Laki 523/1999, 11§) nimeää seksuaalisen suuntautumisen arkaluontoiseksi asiaksi. Vaikka tällaisten rajoitusten päällimmäinen tarkoitus on suojella yksilöä, ylläpitävät ne ajatusta homoseksuaalisuuteen liittyvästä tiedosta automaattisesti vahingoittavana ja loukkaavana. Vaatimus seksuaalisen suuntautumisen salaamisesta ei kuitenkaan koske heteroseksuaalisia suhteita (Juvonen 2002, 50.) Puhe siitä, ettei asukkaan mahdollisella homoudella, lesboudella, bi- tai transihmisyydellä lähdetä kevyin perustein leikkimään, vahvistaa ajatusta siitä, että mahdollinen tieto asukkaan ei-normatiivisesta sukupuoli- tai seksuaali-identiteetistä koituisi jollain tapaa vahingolliseksi. Salaileva asenneilmapiiri tekee sukupuoli- ja heteronormin ulkopuolella olevien asioista vaiettuja, eikä HLBTI-ikäihmisillä ole samanlaista itsestään selvää näkyvyyttä hoitajien puheessa kuin heteroseksuaalisilla vanhuksilla (mt., 51).

6.3 Hoitotyön kohtaamisten kannalta tarpeeton ja tarpeellinen tieto

Edellä tarkasteltiin sitä, miten seksuaalisuutta sekä HLBTI-kysymyksiä ympäröi vaikenemisen ilmapiiri. Kun tiedettiin tai uskottiin, että asukas kuului sukupuoli- tai seksuaalivähemmistöön, asiasta ei missään yhteyksissä keskusteltu asianomaisen kanssa. Puhumattomuutta ymmärtääkseni pyysin hoitajia kertomaan, olisiko sillä ylipäättään merkitystä, että vanhuksen seksuaalisesta suuntautumisesta tai sukupuoli-identiteetistä tiedettäisiin työyhteisössä.

Niin, hyvä kysymys. Sit ku miettii, että mitä sillä on, muuttuuko joku asia jos me tiedetään, että meil on epäily, et joku meidän asukas joka on asunut kaks vuotta meillä täällä, et nyt tuli epäily, et se onki varmaan lesbo, ni muuttuuko mikään...en osaa sanoo. H2

Osa on just sitä mieltä, et miten se meidän työhön mitenkään vaikutas. H4

Sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöjen vanhenemiseen liittyvä tutkimus on painottanut erityistarvenäkökulmaa (ks. luku 3.3). Haastattelemastani kymmenestä hoitotyöntekijästä yksikään ei kuitenkaan ilmaissut eksplisiittisesti pitävänsä sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvia vanhuksia erityisryhmänä, jonka oikeuksien toteutuminen tulisi erikseen huomioida. Hoitajien mukaan asukkaan seksuaalisen suuntautuminen tai sukupuoli-identiteetti ei ollut relevanttia hoidon kannalta. Kysymykset siitä, muuttuuko mikään tai onko asialla mitään merkitystä, laitoivat hoitajat pohtimaan seksuaalisen suuntautumisen ja sukupuoli-identiteetin merkitystä tarkemmin. Suurin osa hoitajista ei siis uskonut, että tieto asukkaan seksuaalisesta suuntautumisesta olisi hoidon kannalta merkityksellistä, sillä itse hoito ei siitä muuttuisi mihinkään.

Mut sit mä toisaalt mietin sitä, et koska me kohdellaan kaikkii samanvertaisina, ni toisaalt mihin mä tarviin sitä tietoo? H5

No, kyl mä luulen, että sen pystys sen hoidon, mut ehkä just sitte lähinnä mä mietin, mitä vois tulla, ni jotain, et miten sit jossain taukokuoneessa puhuttas, ni mä luulen, et ne ongelmat ois enemmän sit siellä. Mut et kyl mä niinku, kyl mä uskon, et ihan samat noi hoitotoimenpiteet pystyttäs tekemään.

H4

Toisessa sitaatissa hoitaja toteaa, että hoito kyllä pystytään tarjoamaan jokaiselle vähemmistöasemasta huolimatta. Mahdolliset ongelmat eivät hänen mukaansa tulisi

vaikuttamaan hoitoon, vaan samat hoitotoimenpiteet pystyttäisiin tekemään kaikille. Hoito ei muuttuisi suuntaan tai toiseen, eikä asia vaikuttaisi hoitotyöhön mitenkään. Vanhuksen homoudella, lesboudella tai biseksuaalisuudella ei siten ollut sijaa hoitotyössä, sillä niistä tietäminen ei muuttanut hoitotyötä tai hoitotapoja. Näin myös seksuaalisuutta sekä HLBTI-kysymyksiä ympäröivä hiljaisuus ja vaikenemisen kulttuuri tulevat ymmärrettäviksi. Puhumattomuus ei siis välttämättä tarkoita hoitajien välinpitämättömyyttä, vaan kokemusta tai käsitystä siitä, ettei asioilla ole hoidon kannalta juuri merkitystä. Näin ollen asukkaan homouden, lesbouden, bi- tai transihmisyyden kokeminen työn kannalta merkityksettömänä legitimoit hiljaisuuden tai välinpitämättömyyden, joka HLBTI-kysymysten ympärillä vallitsee.

Transsukupuolisten kohdalla tilanne oli hieman erilainen, sillä osa hoitajista koki merkittävänä sen, että heillä oli tietoa ja valmiutta hoitaa sukupuolenkorjausleikkauksen läpikäyneitä vanhuksia:

Mutta tota, mä luulen, et sit ku täälläki tulee se tosi paikka eteen, että kun tulee vaikka joku transihminen tai no mä en tiedä että... no ehkä homoja tai lesboja, niin heit on ehkä viel niinku helpompi hoitaa kun sit taas jotain vaikka sukupuolileikkattua ihmistä tai näin, ni mä luulen et sit niinku katotaan et miten meidän käy. H9

No kyl mä näkisin, että se on asia, joka nimenomaan juuri siitä, näistä leikkausten näkökulmasta varmaan niin kun olis tarpeen tietää, että näit tosiaan on tulossa alalle ja et niin kun käsittää todella sen, et se voi olla sitten problemaattistakin [...] et nää sukupuoli...ne on minun käsittääkseni haasteellisimpiakin työssä, niitä on vaikeampi edes havaita oikeestaan näit muita. H8

Hoitajien käsityksen mukaan sukupuolivähemmistöihin kuuluvien vanhusten hoito olisi haasteellisempaa kuin esimerkiksi homojen tai lesbojen. Toinen hoitajista totesi, että *näitä muita* on vaikeampi edes havaita. Sukupuolivähemmistöön kuuluva kantaa siis visuaalista piirrettä, joka on jokaisen nähtävissä ja siten myös helpompi havaita. Transsukupuolisuus olisi siten mahdollista nähdä tai tulkita poikkeuksesta ruumiissa, esimerkiksi rekonstruoiduista sukuelimistä, ja transvestisuus sukupuoliepätyypillisestä vaatetuksesta. Homoutta, lesboutta ja biseksuaalisuutta ei voinut nähdä samalla tavalla päällepäin.

Ruumiillinen ulottuvuus siis nosti sukupuolen ja sen moninaisuuden hoitotyön kannalta tarpeelliseksi tiedoksi. Erään hoitajan mukaan sukupuolen moninaisuus oli osa

konkreettista hoitotyötä esimerkiksi intiimihygieniassa, jossa hoitaja joutui väistämättä kosketuksiin sukupuolen kanssa:

S: Jos ajattelet teijän työyhteisöä, niin onko siellä puhuttu tai puhutaanko jossain yhteyksissä sukupuoleen tai seksuaaliseen suuntautumiseen liittyvistä asioista?

H8: Puhutaan mun mielestä aika paljonkin, koska tota intiimihygieniaan, niin kun sitä hoidetaan, ni siinä ihan konkreettisestikin joutuu kosketuksiin tän sukupuolen kanssa ja sitten niin...mut sitten sillain niinku taas yleisemmällä tasolla siitä ollaan aika hiljaa, et ei se niinku ole semmonen päivittäinen puheenaihe kuitenkaan.

Hoitajan mukaan sukupuoli merkityksellistyy intiimihygieniasta huolehtimisen yhteydessä, kun ollaan konkreettisesti tekemisissä sukupuolen kanssa. Kiinnostavaa on se, kuinka sukuelimet rinnastetaan sukupuoleen: sukupuoli on jotain, joka on konkreettisesti kosketettavissa ja nähtävissä ihmisen intiimeistä osista. Hoitaja kertoo lisäksi, että yleisellä tasolla sukupuolesta ja seksuaalisesta suuntautumisesta ollaan hiljaa. Mikäli sukupuoli redusoituu puheessa sukuelimiin, on relevanttia kysyä, mitä sukupuoli ja seksuaalinen suuntautuminen ovat yleisellä tasolla? Toisin sanoen sukupuoli on puheenaiheena konkreettisen hoitotyön kautta sukuelimiin kohdistuvien toimenpiteiden myötä, mutta sen sosiaalisista ulottuvuuksista vaietaan. Näin ollen hoitotilanteiden ja kohtaamisten kannalta tarpeellinen tieto ulottuisi koskemaan vain vanhusten ruumiillisia osia, muttei yksilön kehoonsa tai identiteettiinsä liittyviä sosiaalisia ja kokemuksellisia puolia.

Tässä luvussa on käsitelty hoitajien kokemuksia sukupuolen ja seksuaalisen suuntautumisen moninaisuudesta työssään sekä eritelty sitä, miten hoitajat ovat puhuneet kohtaamisista ja miten he ovat samalla tulleet tuottaneeksi ja ylläpitäneeksi sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin liittyvää stigmaa. Lisäksi on käsitelty seksuaalisuutta ja nostettu esiin se, kuinka (hetero)seksuaalisuuskaan ei aina näyttäydy luonnollisena osana vanhainkodin arkea ja vanhusten elämää. Näin ollen toimintakulttuurin seksuaalikielteisyys tai oikeammin seksuaalittomuus yleisellä tasolla voisi avata sitä, minkälaisia merkityksiä sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöön kuulumisen vanhainkodissa saa.

7 Sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöt ja yhdenvertainen hoito

Tässä luvussa tarkastelen sukupuolen ja seksuaalisen suuntautumisen moninaisuuden kytkeytymistä arjen hoitotyöhön. Erittelen sitä, miten hoitajat käsittävät vanhuksen sukupuolen, sukupuoli-identiteetin ja seksuaalisen suuntautumisen hoitotyön kannalta ja miten he puhuvat yhdenvertaisesta hoidosta. Näiden asioiden valossa pureudun niihin tekijöihin, jotka hoitajien puheessa muodostavat hyvän hoidon kehyksiä, jotka mahdollistavat yhdenvertaisen hoidon toteutumisen tai ovat sen edellytyksiä.

7.1 Ammatillisuus ja arvot yhdenvertaisen hoidon perustana

Puhuessaan sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien vanhusten yhdenvertaisesta kohtaamisesta ja hoidosta, hoitajat vetosivat poikkeuksesta ja toistuvasti ammatillisuuteensa. Kun kysymyksessä oli HLBTI-vanhusten yhdenvertaisen hoidon turvaaminen, hoitajat totesivat työyhteisössään olevan niin ammatillista henkilökuntaa, että jokainen saisi varmasti samanlaista hoitoa. Suomessa ei ole aikaisemmin tutkittu, miten vanhustyöntekijät ovat valmistautuneet kohtaamaan sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvia asiakkaita. Aineistossani valmistautuminen näyttäytyy siltä osin ongelmattomalta, että hoitajien mukaan yhdenvertaisuus, yksilöllisyys ja tasa-arvoinen hoito itse asiassa olivat jo kaiken hoidon lähtökohtana.

Yhteiset niinku arvot, koska kumminki toimintasuunnitelmaa käydään läpi, et arvot ja kyllä ne hoitajatki, et vaikka heillä ois sellanen tietyllä tavalla etova suhtautuminen, vastustelevala suhtautuminen tällasiin ihmisiin, ni mä tiedän, että he sais kumminkin tasavertasta hoitoa, et ei heihin kohdistettas mitään, siis ei he olis huonompiarvosempia. H1

Monet on sitä mieltä, että voi hyvänen aika, *mehän olemme hoitajia*, meille tämä asia on itsestään selvä, et täällä hoidetaan, jokainen saa sitä niin kun tarvitsemaansa hoitoa tasavertaisuuden perusteella ja omien tarpeidensa mukaan, että eihän täs oo mitään. [...] Kyllä minä voisin lähtee siitä, se on niin ehdoton se vaatimus tasa-arvoisesta kohtelusta, että hoidon kyllä varmasti täälläkin saisi. H8 (kursivointi SV)

Joo siis onhan meil arvot tietenkin, mitkä ohjaa meidän toimintaa ja strategiat on kaikki tehty tietysti ja niittenhän pitäs koskee niinku kaikkia vanhuksia, et ne on määritelty. H9

Sitaateissa takeet yhdenvertaisen hoidon toteutumisesta kumpuavat hoitotyön yhteisistä arvoista, jotka on kirjattu toimintasuunnitelmaan. Lisäksi toisessa sitaatissa itse hoitajuus toimii yhdenvertaisuuden takeena. Hoitajana olemiseen ja hoitajuuteen halutaan mieltää ehdoton vaatimus jokaisen asiakkaan tasavertaisesta kohtelusta. Tasavertaisuuden periaatteen mukaan jokainen asukas saisi tarvitsemaansa hoitoa. Kaikkien tasa-arvoinen hoitaminen oli hoitotyöhön sisältyvä itsestäänselvyys, jota ilman hoitotyötä olisi mahdotonta tehdä. Tasa-arvoperiaatteen taustalla vaikuttivat yhteiset arvot, jotka velvoittivat hoitajaa niissäkin tapauksissa, joissa hänen henkilökohtaiset arvonsa olivat ristiriidassa hoitotyön arvojen kanssa:

Mun mielest jos oot ammatissa, ni ethän sä voi ees tuoda niit omia arvoja siihen työhön, sä oot töissä, siis sä teet sen työn mukaisesti, ammatillisesti sen työn siinä, riipumatta tosissaan mikä se tilanne on tai minkälainen se asiakas on. H6

Hoitajan ammatissa toimiminen siis jo itsessään sulkee ulos mahdollisuuden toimia muutoin kuin yhdenvertaisuutta edistäen. Kun hoitaja kerran tulee hoitotyön piiriin, omat työn ulkopuolella olevat arvot sulkeistetaan, eikä niiden saa antaa vaikuttaa hoitoon.

Ammatillisuus-puheen rinnalla ja sen yhteydessä kulki ajatus siitä, että kaikille vanhuksille annetaan samanlaista hoitoa riippumatta sukupuolesta, sukupuoli-identiteetistä tai seksuaalisesta suuntautumisesta. Haastateltujen oma suhtautuminen sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin vaihteli neutraalista hyvin myönteiseen. Keskeinen piirre suhtautumisessa jokaisen haastatellun kohdalla oli se, että sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvat ihmiset käsitettiin samanlaisina kuin ketkä tahansa muut ihmiset.

[...] ja mä tunnen muutaman lesbon, niin jotenki ehkä sitä kautta, et ne on ihan samal lailla ihmisiä kun mekin ja oikeastaan varsinkin homothan on hyvin hauskoja, siis tosi persoonallisia tyyppejä, että ehkä sen kautta on niinku tullu se sellanen suvaitsevaisuus. H1

Ihan samanlainen suhtautuminen ku ihan kehen vaan. Mun mielestä sillä ei oo niinku mitään merkitystä, ei sillä oo merkitystä, että kuka tykkää tytöistä ja kuka pojista tai et mihin oot suuntautunu, ni ei mulle sillä oo mitään merkitystä. H2

No siis erittäin niinku neutraali suhtautuminen, et kuuluu ystäviin seksuaalivähemmistöön kuuluvia, sukupuoli...en tiedä että kuuluis, se on vähän semmonen vaietumpi asia, mut et tota ei siis...mul on sellanen neutraali, et sillein monesti tulee semmonenki olo, että et tavallaan mitä välii siis niinku silleen. H4

Suhtautumiseen vaikutti hoitajien mukaan se, että lähipiiriin kuului sukupuoli- tai seksuaalivähemmistöihin kuuluvia ihmisiä. Henkilökohtainen side koettiin merkittäväksi ja sen puuttuminen toisaalta erään hoitajan mukaan teki vaikeaksi sanoa suhtautumisesta mitään:

Niin hassua ku se onki, ni on aika vaikee sanoo yhtään mitään, koska se, vaikka siitä puhutaan paljon, se on työssä, siihen pitää niin kun ammatillisesti suhtautua ja näin, mutta en oo ehtiny pohtia asiaa oikeasti, et kun ei ole henkilökohtaisia kontakteja oikeastaan vähemmistöistä kun on kysymys, ni ei vaan kerta kaikkiaan ole semmosta, et ois oikeen henkilökohtaisesti päässy kokemaan sen, et varmaan se [suhtautuminen] olis hyvin yllättävää kuitenkin siinä mielessä. H8

Hoitaja nosti esiin, että vaikka sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöistä puhutaan paljon ja heihin tulee suhtautua ammatillisesti, ilman henkilökohtaista kokemusta omaa suhtautumista oli vaikea arvioida. Ammatillisuuden korostaminen oli kuitenkin jälleen läsnä, ja sen nähtiin ratkaisevan oman suhtautumisen dilemma: ammatillisuus ikään kuin antoi valmiin arvopohjan ja valmiin suhtautumismallin, jota työssä noudatettiin. Oma suhtautuminen, samaan tapaan kuin henkilökohtainen arvomaailma, jäivät hoitajien puheessa automaattisesti pois laskuista, kun toimittiin ammatista käsin. Omalla suhtautumisella ei siten ollut merkitystä, sillä työssä vain ammatilliset arvot ohjasivat hoitajan toimintaa.

Ammatillisuus ja hoitotyön arvot näyttäytyivät siis hoitajien puheessa perustavanlaatuisina asioina, jotka takasivat yhdenvertaisen hoidon kaikille. Homot, lesbot, bi- ja transihmiset olivat hoitajien mukaan ihmisiä siinä, missä muutkin ja heihin tuli suhtautua ammatillisesti. Ihmisten pohjimmaisena samanlaisuuden korostaminen ja samanlaisen hoidon tarjoaminen kaikille asetti syrjään mahdollisuuden, että sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvia vanhuksia kohdeltaisiin epäasiallisesti.

Meil on kuitenkin niin ammatillista henkilökuntaa. Meillä on kuitenkin niinku se, et kaikkia hoidetaan samalla tavalla, et me ei voida niinku sen perusteella, mitä ihminen on ollut tai tehnyt tai on, niin laittaa heitä eri kategorioihin. H2

[...] kyllä se on niin, että jos asukkaaks tulee tämmönen, niin et sä voi olla, että sä et häntä niinku hoida, vaan se on meidän työtä, ni se on kohdattava myöski heidät. H10

Mä uskon, et kaikki ketkä meidän osastolle ainaki tulee, ni saa ihan samanlaisen kohtelun ku joka ainut muuki. H5

Kylhän sitä ihan yhdenvertaisesti hoidetaan riippumatta siitä, mitä hän on tai on ollu, et ei nyt, sen ei taas mun mielestä pidä vaikuttaa siihen asiaan, et sit oot väärällä alalla, niinku mä oon aina sanonuki, et tällä alalla sä et voi kategorioida ketään. H6

Hoitajien mukaan jokainen vanhainkodin asukas hoidetaan samalla tavalla ja jokainen saa samanlaisen kohtelun riippumatta sukupuoli-identiteetistä, sukupuolen ilmaisusta tai seksuaalisesta suuntautumisesta. Jälleen tasavertaisen hoidon velvoittavuus perustellaan ammatillisuudella: tämä on meidän työtämme, tällä alalla et voi luokitella ketään. Asukasta ei voi olla hoitamatta, kaikki on kohdattava.

Samanlaisuusperiaatteen kääntöpuolena on taipumus nähdä sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvat vanhukset vain jatkeena muille vanhuksille. Heidät siis määritellään ja heitä kohdellaan kuin heteroikätovereitaan, mikä ikään kuin luo illuusion yhdenvertaisesta kohtaamisesta (ks. Cronin et al. 2011, 425). Tosiasia on kuitenkin se, että samanlaisen hoidon tarjoaminen kaikille ei ota huomioon kenenkään yksilöllisiä tarpeita ja sitä kautta luo eriarvoisuutta. Toisaalta taas sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien tarpeet eivät ole myöskään palautettavissa vähemmistöstatukseen, joka yksiselitteisesti kertoisi, kuinka vanhus tulisi kohdata.

Samanlaisuusperiaatteen voi käsittää kahdella toisistaan erilaisella tavalla. Ensinnäkin sitä voi pitää synonyymina tasa-arvoiselle kohtaamiselle, jossa kenenkään oikeudet ja tarpeet eivät mene toisten tarpeiden edelle. Toisaalta taas sen voi ymmärtää siten, että kaikkia kohdellaan samoin tarpeesta riippumatta. (Norrman et al. 2013, 248.) Tämä taas uhkaa tehdä niistä henkilöistä näkymättömiä, joiden elämänhistoria ja identiteetti poikkeavat normista (mt., 238). Hoitajien samanlaisuuspuhe ja samanlaisen hoidon painottaminen näyttäytyykin arvona itsessään, riippumatta siitä, mikä on asukkaan historia tai mitkä ovat asukkaan tarpeet. Tämä taas on ristiriidassa vanhustyön periaatteiden kanssa, jotka kyllä peräänkuuluttavat tasa-arvoista hoitoa, mutta myös korostavat yksilöllisen hoidon ja asukkaan elämänhistorian tuntemisen merkitystä.

Samanlaisuuspuheella hoitajat tulevat toistaneeksi hoitotyön eettisten periaatteiden mantraa, mutta samanlaisen hoidon sisältö jää epäselväksi, eikä sitä pyritäkään eksplikoimaan. Hoitajat vastasivat kysymyksiin yhdenvertaisen hoidon toteutumisesta samanlaisen kohtelun näkökulmasta, sivuuttaen HLBTI-identiteetikysymykset.

7.2 Hoitotyön tietoperusta ja moninaisuuden merkityksettömyys

Jokaisen ihmisen pohjimmaisesta samanlaisuudesta ja samanarvoisuuden korostaminen oli jatkuvasti läsnä hoitajien puheessa silloin, kun oli puhe yhdenvertaisen hoidon toteutumisesta. Edellisen luvun kolmannessa osiossa valotettiin jo, miten vanhuksen homous, lesbous, bi- tai transihmisyydet ja niistä tietäminen käsitetään aineistossa hoitotyön näkökulmasta. Kuten luvussa kävi ilmi, ei-normatiiviset identiteetit haluttiin rajata merkittäviksi vain silloin, kun niillä koettiin olevan merkitystä hoitotoimenpiteiden kannalta. Tässä luvussa olen vienyt normien ulkopuolella olevien sukupuoli- ja seksuaali-identiteettien merkitysten analyysia eteenpäin tarkastellessani hoitajien puhetta yhdenvertaisen hoidon näkökulmasta. Ei-normatiivisuuteen liittyy kuitenkin myös toinen ulottuvuus: siihen liittyvä tietämättömyys uhkana ammatillisuudelle, ja sitä kautta kyvyllä antaa yhdenvertaista hoitoa. Tarkastelen seuraavaksi, miten hoitajat vastaavat väitteeseen siitä, etteivät he ole kompetentteja tunnustamaan ja tunnistamaan sukupuolen ja seksuaalisen suuntautumisen moninaisuutta työssään.

Yhdenvertaisen hoidon edellytyksenä hoitajien puheessa näyttäytyy siis hoitajien ammatillisuus ja yhteiset, työtä ohjaavat arvot. Se, että vanhainkotiin tulisi homo-, lesbo-, bi- tai transvanhus, ei horjuttaisi ammatillisuutta, sillä jokaiselle tarjottaisiin samanlaista hoitoa sukupuoli-identiteetistä, sukupuolen ilmaisusta ja seksuaalisesta suuntautumisesta riippumatta. Ammatillisuuspuhe toimii samalla hoitajien ammattitaidottomuuden ja tietämättömyyden kiistäjänä. Se, että vanhuksen sukupuoli- tai seksuaalivähemmistöön kuulumisesta ja siihen liittyvistä asioista ei tarvitsisi tietää, perustellaan siten, että hoito olisi yhä edelleen samanlaista. Ammattitaitoinen hoitaja siis hoitaa kaikkia samanarvoisesti ja samalla tavalla, jolloin sukupuoli-identiteetin ja seksuaalisen suuntautumisen merkitys vanhuksen elämässä hämärtyy, kun niiden olemassaololla ei ole merkitystä hoidon kannalta.

Tällainen puhe siis kiistää HLBTI-ikäntymistutkimuksessa keskeisenä esitetyn väitteen, jonka mukaan hoitajilla ei ole tarvittavia valmiuksia tai tietoa kohdata sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvia vanhuksia. Hoitajat tuottavat siten itsestään kuvaa toimijoina, joilla on jo olemassa kaikki tarpeellinen tieto ja ammattitaito. Aineistosta on löydettävissä myös konkreettisempaa vastapuhetta, joka kohdistuu juuri käsitykseen hoitajan valmiudettomuudesta tai tietämättömyydestä. Osa haastateltavista asemoitui kärkevästi väitettä vastaan, perustellen tämän siten, että heillä itse asiassa on jo kaikki tarvittava tieto, joka sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien vanhusten kohtaamiseen ja hoitamiseen tarvitaan:

Niin, no ensiks se tietysti oikeesti vähän turhauttaa, sillä meillä tiedetään ihan pelkästään niin kuin sanoin terveyskasvatuksesta jos lähtee, niin alalla meillähän käydään kaiken maailman tämmöset asia läpi, ja sitten jos on vähänkään enemmän koulutusta, on esimerkiksi terveydenhuollon koulutusta, niin on käsitys siitä, että ihmiset tosiaan on yksilöitä ja se, että ihmiset ois vain stereotyyppisiä, ni se on niin kun poislaskettu käsitys. H8

Sitaatissa kiistetään hoitajien ammattitaidottomuus täysin ja oikaistaan, että hoitoalalla työskentelevät saavat tietoa kaikista näistä asioista jo terveyskasvatuksesta lähtien. Mitään erityisosaamista ei siis tarvittaisi. Kiinnostavaa hoitajan puheessa on se, että terveyskasvatuksesta saatua tietoa pidetään validina, kun kyseessä ovat HLBTI-kysymykset. Terveyskasvatuksen oppiaineessa käsiteltävinä asioina ovat vähemmistökysymyksiä useammin olleet naiseksi ja mieheksi kasvaminen sekä heteroseksuaaliset suhteet. Terveyskasvatusta onkin kritisoitu heteronormatiivisuudesta. (Lehtonen 2003, 53–54.)

Hoitajien ammatillisuuspuheen voi katsoa legitimoivan sellaisen hoitotyön, jossa HLBTI-kysymyksillä ei ole juuri sijaa. Ammatillinen hoito on sellaista, jossa kaikkia hoidetaan samalla tavalla sukupuoleen, seksuaaliseen suuntautumiseen tai sukupuoli-identiteettiin katsomatta. Kun vaikenemisen kulttuuri tulee ymmärrettäväksi siten, että seksuaalisuuteen liittyvien asioiden sekä HLBTI-kysymysten ei koeta olevan hoidon kannalta relevantteja, voidaan kysyä, mitä on se ammatillisuus ja tasa-arvoinen hoito, josta hoitajat puhuvat ja johon he vetoavat.

Hoitajien puheessa sukupuoli- tai seksuaalivähemmistöön kuulumisen ei merkitse hoidon kannalta mitään, sillä hoito on aina samanlaista jokaiselle vanhukselle ja samat

hoitotoimenpiteet pystytään tekemään kaikille. Samanlainen hoito tarkoittaa samanlaisten asioiden tekemistä kaikille. Hoito redusoituu siten helposti vain hoitotoimenpiteiksi ja niiden oikeaoppiseksi toistamiseksi ja suorittamiseksi. Tällöin ammatillisuus on pikemminkin toimenpiteiden onnistunutta hallitsemista ja teknistä ruumiinhoitoa kuin vanhuksen kokonaisvaltaista kohtaamista identiteetteineen ja lähisuhteineen. Tällaisessa hyvän hoidon kehyksessä sukupuoli-identiteetin, sukupuolen ilmaisun ja seksuaalisen suuntautumisen olemassaololla, ilmaisemisella tai tietämisellä ei ole paikkaa tai merkitystä muutoin kuin silloin, kun niihin liittyy jokin ruumiillinen tila (ks. luku 6.3). Tämä taas vahvistaa konnotaatiota hoidosta ruumiinhoitona ja ruumiiseen kohdistuvina toimenpiteinä.

Seuraavaksi tarkastelen hoitajien puhetta haasteista, joita he näkevät sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien vanhusten hoidossa olevan. Osoitan, että puhe ammatillisuudesta ja vanhusten tasa-arvoisuudesta yhdenvertaisen hoidon takeina on hoitaja- ja tilannesidonnaista.

7.3 Perustukset horjuvat

Kun hoitajien puhetta toiminnastaan yhdenvertaisuuden turvaamiseksi tarkastelee haasteiden ja mahdollisuuksien kautta, voi mahdollistavana tekijänä pitää edellä avattua ammatillisuutta. Hoitajan ammatillisuus ja ammattitaito takaavat sen, että vanhusta ei kohdella kaltoin tai syrjitä vähemmistöasemansa vuoksi. Toisaalta ammatillisuus näyttäytyy kapeana ja arvot abstrakteina ja tiukasti hoitotoimenpiteisiin sidottuina ohjenuorina. Haasteita myös luo se, että hoitotyö on aina työtä monen eri toimijan kanssa. Laitoksessa toimijat ovat lisäksi läsnä saman katon alla ja jakavat tiloja keskenään.

Vaikka ammatillisuuteen vetoaminen oli aineistossa hyvin vahvasti läsnä, osa hoitajista kyseenalaisti puheessaan sen, että HLBTI-vanhusten kohtaaminen ja hoitaminen olisi kaikilta osin ongelmaton. Kyseenalaistaessaan sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien vanhusten yhdenvertaisen kohtaamisen, hoitajat eivät kuitenkaan puhuneet omasta ammattitaidostaan tai -taidottomuudestaan, vaan muista hoitajista ja heidän suhtautumisestaan:

Mä en voi takaa sitä täs vaiheessa, en voi takaa...mä sanon, et se on varmaan aika yksilökohtasta hoitajien kesken, kuka antaa semmosen hoidon, että niinku pitää ihmisenä ihan samantapasena, niin saman....yhtä arvokkaana kun se viereinen mummo tai pappa siinä, jos se on niinku hetero ja sitte hän on homo tai lesbo, ni pystyykö antaa sen saman kohtelun....en kyl voi sanoo, et voiks sit taata, et kaikki antais sen saman, koska meitä on niin moneen jamaan hoitajia. H6

Jotenki niinku, ku mä nyt peilaan tähän tähetkiseen työyhteisöön, ni on niin uskonnollista tiäks sellast vanhempaa hoitajaa, et se voisi olla aika vaikee kyl niitten niellä tämmöstä. Nii, must vähän tuntuu. H5

Mut et kylhän meil on vielä niitä vanhakantasia tai ennakkoluuloisia ajatuksia osalla ja siithän ei pääse niinkun mihinkään. H2

Muiden hoitajien mahdollinen kielteinen suhtautuminen tai ennakkoluuloiset ajatukset nähtiin problemaattisena. Ensimmäisessä sitaatissa hoitaja totesi, ettei voi taata yhdenvertaista hoitoa tässä vaiheessa, koska hoitajia oli niin moneen lähtöön. Homo-, lesbo-, bi- tai transasukkaan yhdenvertainen kohtelu oli siis riippuvaista yksittäisestä hoitajasta. Tämä taas tarkoittaisi sitä, että vaikka ammatillisuus velvoittaisikin kaikkia hoitajia toimimaan yhdenvertaisuutta edistäen, on aina mahdollisuus, että on joku, *jonka on vaikea niellä tämmöstä*.

Yhdenvertaisen hoidon riippuvaisuus yksittäisestä hoitajasta oli selkeästi paikannettavissa puheessa silloin, kun keskustelu kohdistui vieraisiin tai uusiin tilanteisiin, joita aineistossa edustivat transvanhusten asiat. Transsukupuolisuuteen, transvestisuuteen ja intersukupuoleen liittyvät asiat olivat kaikille haastatelluille hoitajille selkeästi vieraampia kuin seksuaalivähemmistöihin liittyvät asiat. Esimerkiksi sukupuolenkorjausleikkauksista tai sukupuolen moninaisuudesta ylipäänsä oli hyvin niukasti tietoa hoitajien sekä heidän mukaansa koko hoitoalan keskuudessa. Suurin osa haastatelluistani koki transsasioiden kohtaamisen työssään haasteelliseksi juuri kokemuksen ja tiedon puutteen vuoksi.

H1: Ehkä se, että ois vaikka mies tai just transvestiitti, että mies ja pukeutuu naiseks, ni se on varmaan sellanen haastellisempi juttu ku sitte samaa sukupuolta oleva pariskunta.

S: Miks sä koet, et se ois haasteellisempi?

H1: Siinä varmaan se roolin muuttuminen, siis se ehkä. Ja sit se, että homous, lesbous on paljon enempi tapetilla. Se on enempi arkipäivää kun transvestiitti. Et ehkä se.

Sen lisäksi, että suurin osa haastelluista koki transasiat suhteellisen vieraiksi, niiden uskottiin herättävän myös kielteisempää suhtautumista kuin homouteen, lesbouteen tai biseksuaalisuuteen liittyvien asioiden:

[...] sitte myös kielteisempi suhtautuminen ainakin mitä menneiltä vuosilta mä muistan kommentteja. Oli esimerkiksi Koskelan sairaalassa, yks hoitaja sano, että jos se [eräs työntekijä] tulee hänen vuorollaan töihin, ni hän kyllä sanoo, et mee vaihtaa toi mekko pois. H3

Kyl mä luulen, et se transsuhtautuminen on ...varmaan se kynnys, mä luulen siihen transsuun on niin kun isompi, koska homoi ja lesboi me nähdään...sillain niinku mul on tällanen ajatus, et niit on kuitenkin enemmän, et niit transsui on sen verran varmaan...Tietysti eihän me tiedetä, ku niit tuol kulkee, mut mul on tämmönen ajatus, että ne transsut on varmaan ne, mitkä sais vähän enemmän sitä ihmetystä aikaan. H5

Se on sellane vähän niinku jotenkin arkakin juttu varsinkin toi sukupuolenvaihdos, ni se on jotenkin tosi iso juttu. Tuntuu, et se on hirveen harvinaista vielä, en mä ees tiedä paljon ees Suomessa tällä hetkellä on tommosia, jotka on tehny. Se on varmaan tosi pieni prosentuaalinen määrä ja kuka niistä julkisuudessaakaan puhuu, seki on sit toinen juttu. H6

Transsukupuolisuutta ja transvestisuutta pidettiin *isoina juttuina* ja arkipäivästä vieraantuneina ilmiöinä. Tämä teki hoitajien mukaan vaikeaksi ennakoida ja tietää, miten transvanhuksiin tulevaisuudessa suhtauduttaisiin. Haastatellut hoitajat eivät omien tietojensa mukaan olleet työuransa aikana koskaan kohdanneet transvestiittia tai transsukupuolista vanhusta. Moni ei ollut myöskään tavannut tai nähnyt sukupuolivähemmistöön kuuluvia työnsä ulkopuolella. Puhuessaan transsukupuolisuudesta tai transvestisuudesta osa hoitajista käytti termejä transseksuaali ja transsu, joista ensimmäisen käyttö liittyy transsukupuolisuuteen seksuaalisuuden aspektin, vaikka tosiasiaassa kysymys on sukupuoli-identiteetistä. Transsukupuolinen voi siis olla yhtä hyvin homo, lesbo, bi tai hetero. (ks. esim. Aarnipuu 2008, 98–99.) Lisäksi sukupuolienkorjauksesta puhuttiin sukupuolenvaihdoksena, mikä tuottaa mielikuvan sukupuolen vaihtamisesta johonkin toiseen. Kysymyksessä ei kuitenkaan ole sukupuolen vaihtaminen, vaan korjaaminen vastaamaan sitä sukupuolta, jonka henkilö kokee omakseen (mt., 74). Epäselvien termien käyttö vahvistaa viestiä transasioihin liittyvästä tietämättömyydestä.

Lähestyin haastatteluissa transkysymyksiä tapausesimerkin kautta, sillä kuten totesin, yhdelläkään hoitajista ei ollut kokemuksia transihmisten kohtaamisesta hoitotyössä. Kysyin, mitä hoitajat uskoisivat tapahtuvan, jos vanhainkodissa olisi asukkaana transvestiittimies, joka ilmaisisi sukupuoltaan meikkaamalla tai vaikkapa pukeutumalla mekkoon. Merkillepantavaa vastauksissa oli niistä ilmenevä epävarmuus siitä, miten asukkaan itsensä toteuttaminen onnistuisi. Mikäli olisi tiedossa, että asukas todella on transvestiitti, asukkaaseen suhtauduttaisiin myönteisesti ja häntä avustettaisiin esimerkiksi pukeutumisessa. Asia olisi sitä luonnollisempi, mitä paremmin asukkaan tuntisi. Toisaalta taas sukupuolen ilmaisua saatettaisiin rajoittaa, mikäli se häiritsisi vanhainkodin arkea ja muita asukkaita:

[...] mä mietin vaan sitä, et jos se niinku *joka kerta* aiheuttais semmosen tosi levottoman härdellin just johonki ruokailutilanteeseen, ni luulenpa, että *tietyt hoitajat* rupeis protestoimaan sitä vastaan. Jos mä mietin vaikka jotain iltavuoroo, päivällistä mis on kaks hoitajaa ja 13, et ku tuol on tosi paljon just semmosii käyttäytymishäiriöisii, ketkä muutenki saattaa, jos muuttuu levottomiks, ni alkaa huutaa suunnattomasti, ni sit jos se tilanne menis joka kerta semmoseks, ni mä luulen et siinä kyl tulis vastareaktion se, että *se ei oo oikein muille*. H4 (kursivointi SV)

Siinä varmaan pitäs sit niinku tuntea se asukas. Et siitä se mun mielestä lähtee. Varmaan *jollekin* vois tulla siinäkin, et apua jos sen omaiset tulee ja se on täällä mekko päällä ja et kylhän me aika paljon sit hoidetaan omaisia vartenkin, et mitähän nyt muut ajattelee. Tai *mitenköhän muut* omaiset reagoi, että Pentti istuuki tuolla nyt helmet kaulassa ja mekko päällä. En osaa sanoo, et miten siinä sit niinku sitte hoidettas se tilanne. Se voitaa hoitaa tosi hyvin tai sit se voitaa hoitaa tosi huonosti, mut että pääperiaatehan siinä, et kukaan ei ahdistus ja se asukas ei ahdistus, et jotenki sanotaan, että nyt äkkiä vaihtamaan vaatteet. Tärkeetä ois, että siinä on sellasia hoitajia, jotka tuntee sen asukkaan ja tietää miten tämä hoidetaan. Et jossain varmaan annettas istua mekko päällä pöydässä, eikä siihen kiinnitettäs sen enempää huomiota. H2

Transvestiittiasukkaan sukupuolen ilmaisu ei näissä sitaateissa näyttäydy ongelmattomana, vaan muiden ihmisten reaktiot tekevät asiasta haasteellisen. Ensimmäisessä sitaatissa asukkaan transvestisuus näyttäytyy yleistä ja muiden asukkaiden rauhaa häiritsevänä tekijänä esimerkiksi ruokailutilanteessa. Transvestiittiasukkaan sukupuolen ilmaisu nähdään siis laukaisevana tekijänä: jonakin, josta seuraa kaaosmainen tilanne. Puheessa tuotetaan uhkakuvia siitä, että normista poikkeava sukupuolen ilmaisu johtaa häiriöihin ja levottomuuteen muiden asukkaiden

keskuudessa. Lisäksi muut hoitajat nähdään tilanteessa protestoijina, mutta omista ajatuksistaan haastateltava ei kerro sen enempää.

Toisessa sitaatissa huomiota herättävää on se, että asukkaan sukupuolen ilmaisu normista poikkeavalla tavalla joko mahdollistetaan tai ei. Hoitajan mukaan tilanne voitaisiin hoitaa hyvin tai huonosti ja olisi mahdollista, että jossakin asukkaan annettaisiin ilmaista sukupuoltaan haluamallaan tavalla. Normista poikkeava sukupuolen ilmaisu ei siten olisi joka paikassa tai joka tilanteessa mahdollista, vaan ainoastaan joissakin tapauksissa. Asukkaan sukupuolen ilmaisemista olisi siis yhtä mahdollista rajoittaa kuin mahdollistaa. Lisäksi transvestisyyden tukemisen ehtona oli se, että tilanteessa on läsnä ”oikeanlaisia” hoitajia ja ”oikeanlainen” paikka: *jossain varmaan annettas istua mekko päällä pöydässä*. Käänteisesti luettuna tämän voi ymmärtää niin, että kaikissa paikoissa näin ei tehtäisi.

Transvestisyyden näkeminen uhkana yleisen järjestyksen säilymiselle sekä asukkaiden ja omaisten reaktioiden pohtiminen kertovat siitä, että transvestisyys käsitetään häiriöksi sen sijaan, että se olisi normaalina pidetty asia. Sukupuoliepätyypillinen pukeutuminen oli arkea häiritsevä tekijä, joka saattoi ahdollisesti myös häiritä muiden asukkaiden ja omaisten mielenrauhaa. Transvestisyydestä puhuttaessa luotiin myös muunlaisia uhkakuvia, jotka yhtä lailla legitimoivat sukupuolen ilmaisun rajoittamisen sekä jo aikaisemmin käsitellyn puheeksi ottamattomuuden:

Mä aattelin niinku, et pitää avoimin mielin olla, mut ei sit niinku taas kaikesta niinku pienestäki merkistä, et ahaa tällä on nyt varmaan taustalla joku, et jos joku meidän asukkaista, joku mies nyt pukeutuu, laittaaki jonku hameen päälle, ni se ei välttämättä kerro sitä, et aha transvestiittihan se on aina ollutkin, vaan se voi olla ihan siihen sairauteen liittyvää, mut toki se voi olla et hänel on ollut kiinnostusta sit naiseks, et eihän sitä ikinä tiedä, mut et pitää olla aika varovainen ku tekee niitä johtopäätelmiä. H2

Hoitajan mukaan päätelmien tekeminen asukkaan sukupuoliepätyypillisestä pukeutumisesta olisi tehtävä varovaisuutta noudattaen, sillä se voisi olla vain johonkin sairauteen liittyvää ”viatonta” käyttäytymistä. Mikäli johtopäätösten tekemisessä korostetaan varovaisuutta, voisi odottaa, että väärästä johtopäätöksestä seuraa jotain ei-toivottua. Sukupuoliepätyypillisen pukeutumisen taustalla olevat tekijät täytyisi siis tietää ehdottoman oikein, jottei seuraisi mitään sellaista, mitä ei haluta. Niin sanotun

väärän diagnoosin asettamista pyrittäisiin siten välttämään, jottei sairauden yhteydessä normaalina pidettyä epätyypillistä pukeutumista vain sekoitettaisi transvestisuuteen.

Suurin tekijä asukkaan sukupuolen ilmaisun rajoittamisessa ja tukemisessa aineiston perusteella oli hoitaja itse. Asukkaaseen suhtautuminen ja hänen tukemisensa oli hoitajakohtaista.

[...] joskus joku sanonu, et en tiedä, pystysinkö asukasta esimerkiksi pukemaan. H7

No mä luulen, että jos me ei tiedettä, että hän on vaikka transseksuaali, niin mä luulen, että me äkkiä kiikutettas hänet takasi huoneeseen, et nyt sä oot laittanu väärät vaatteet. H9

Ensimmäinen haastateltavista kertoi joskus kuulleensa työtoverinsa sanoneen, ettei ollut varma, pystyisikö esimerkiksi pukemaan miestä ”naisten” vaatteisiin. Toisessa sitaatissa kuvailtu toimintatapa heijastaa käsitystä kaksisukupuolijärjestelmästä. Jokainen henkilö on määritelty joko mieheksi tai naiseksi ja sukupuoli käsitetään siten, että ihmiset voivat olla joko miehiä tai naisia. Näin ollen kaksisukupuolijärjestelmä pakottaa ihmiset naisiksi tai miehiksi, sen sijaan, että nähtäisiin minkälaisia ihmiset ruumiillisuudeltaan tai identiteetiltään ovat tai voisivat olla. (Irni & Wickman 2010, 10–11.) Toisin sanoen käsitys oli se, että meikkaaminen tai pukeutuminen mekkoon ei kuulu miehille. Mikäli kuitenkin asukas toimisi näin, oletuksena oli se, että hän on pukeutunut väärät vaatteet tahattomasti päälle (ks. myös Valtonen 2012, 16–17).

Transasioissa tilanteen tietäminen nousi hyvin merkitykselliseksi. Sukupuolen ilmaisuun liittyvät asiat, kuten sukupuolelle epätyypillinen pukeutuminen tulkittiin helposti muistisairaudesta johtuvaksi:

Useinhan dementoituneet pukeutuu miten sattuu. Et siel saattaa olla kymmenen paitaa päällekkäin ja housut vedetty hihoihin ja näin, ni mä luulen, et se sekottas, et siin tulis heti semmonen ajatus, että ei hän halua pukeutuu näin, mut hän on vahingossa pukenu. H9

Haastateltavat ajattelivat, että tiedon puutteen ja transasioiden vierauden vuoksi asukkaan epätyypillisen pukeutumisen ei aina ymmärretä johtuvan transvestisuudesta. On myös kiinnostavaa, että asukkaan pukeutuminen muihin kuin sukupuolelle tyypillisiin tai sukupuolinormatiiviseen vaatetukseen ei välttämättä olisi suotavaa,

mikäli ei tiedettäisi varmasti, että asukas on transvestiitti. Hoitajien keskuudessa vallitsi selkeästi sukupuolinormatiivinen käsitys siitä, mikä on sopivaa pukeutumista miehelle ja naiselle. Normista poikkeavaan pukeutumiseen suhtauduttaisiin eri tavalla silloin, kun transvestisuus olisi tiedossa. Transvestisuus siis ikään kuin voisi legitimoida sukupuoliepätyypillisen pukeutumisen. Toisaalta taas transvestisuuden käsittäminen uhkana järjestykselle viestii kielteisyydestä ilmiötä kohtaan ja näin ollen sitä pyritään välttämään.

Transesimerkin myötä ammatillisen ja tasa-arvoisen hoitotyön perustukset alkoivat horjua. Ammatillisuuspuheen ja tasa-arvoperiaatteen avulla legitimoitu hoitotyö alkoi rakoilla silloin, kun edessä oli vieras tilanne. Yhteisistä arvoista ja hoitajan ammattitaidosta ei ollutkaan enää ohjaajaksi tai yhdenvertaisuuden takaajaksi, vaan toimiminen oli nyt yksittäisen hoitajan varassa. Samanlaisuus- ja tasa-arvoperiaatteen vastaisesti normista poikkeava sukupuolen ilmaisu ei hoitajien puheessa siten ollut yhtä hyväksyttävää kuin norminmukainen pukeutuminen. Toisin sanoen transvestiittiasukkaan kohtaaminen voisi mahdollisesti olla eriarvoistavaa, mikäli hänen sukupuolen ilmaisuaan rajoitettaisiin ”yhteisen hyvän” tai yleisen järjestyksen nimissä. Merkityksellistä tässä on se, että sukupuolipiirteiden moninaisuus ja vaihtelu yksittäisellä henkilöllä sekä sukupuolen ilmaiseminen esimerkiksi ristiinpukeutumalla, ei tule ymmärretyksi hoitajien taholta, vaan se tulkitaan häiriöksi ja normista poikkeavaksi (ks. Irni & Wickman 2010, 14). Kiinnostavaa sen sijaan on, että HLBTI-kysymykset merkityksellistyvät täysin eri tavalla silloin, kun on kyse transihmisistä: niistä tulee ajankohtaisia silloin, kun kyseessä on jokin ongelma tai komplikaatio (Norrman et. al 2013, 243).

8 Ihanteiden paineessa ja rakenteiden rajoissa

Ensimmäisessä analyysiluvussa olen eritellyt aluksi hoitokulttuurin seksuaalikielteisyyttä sekä vanhustyötä tekevien hoitajien kokemuksia sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien vanhusten hoidosta. Lisäksi tarkastelin vanhusten seksuaalisuuteen ja HLBTI-kysymyksiin kietoutuvaa hiljaisuutta ja puhumattomuutta vanhainkodeissa, mikä viestii HLBTI-vanhuksiin liitetystä stigmasta sekä pyrkimyksistä hallita sitä. Toisen luvun painopisteenä oli hoitajien ammatillisuus- ja tasa-arvopuhe, jonka kautta he legitimoivat sellaisen hoitotyön, jossa ei ollut paikkaa sukupuolen ja seksuaalisen suuntautumisen moninaisuuden huomioimiselle. Tulkitsin ammatillisuuspuheen eräänlaisena vastapuheena HLBTI-ikäntymistutkimuksessa vallitsevalle käsitykselle hoitajien tiedottomuudesta ja taidottomuudesta. Transesimerkin kautta yhteisten arvojen ja ammatillisuuden merkitys hoitotyön perusteina alkoi kuitenkin horjua. Tällöin hoitajan omalla persoonalla ja muilla tilanteessa läsnä olevilla ihmisillä oli enemmän painoarvoa sille, miten tilanteessa toimittaisiin. Yhteisistä arvoista ja ammatillisuudesta ei ollut enää ohjenuoriksi. Tässä kappaleessa osoitan, että valmistautuminen HLBTI-kysymyksiin institutionaalisessa kontekstissa on usean eri tekijän kokonaisuus. Kertoessa vaikutusmahdollisuuksistaan, hoitajat tulevat nimenneeksi tekijöitä, jotka mahdollistavat ja rajaavat moninaisuuden huomioon ottamista. Se, miten vanhuksen seksuaalisuuden sekä seksuaali- ja sukupuoli-identiteetin tukeminen ja mahdollistaminen onnistuu laitoshoidon arjessa, riippuu siis monesta eri tekijästä.

Haastatteluissa ei voinut välttyä keskustelulta vanhustenhoidon yleisistä ongelmakohdista. Etenkin viime aikoina julkista keskustelua on jälleen herättänyt laitoshoidon tila ja vanhusten kaltoin kohteleva. Puhutaan paljon henkilöstömitoituksesta ja hoitajavajeesta sekä vanhusten puutteellisesta hoidosta. Asukaslähtöisyys ja asukkaiden yksilöllinen kohtaaminen nousivat keskusteluteemoiksi haastatteluissa. Nämä teemat ovat tärkeitä sekä silloin, kun tarkastellaan laitoshoidoa yleensä että silloin, kun kyseessä on erityisesti sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien vanhusten asema. Painotan siis sitä, että HLBTI-vanhusten asemaa ei voi tarkastella irrallaan laitoshoidon yleisestä tilanteesta.

Haastatteleman hoitajat kokivat mahdollisuutensa vaikuttaa hoidon yhdenvertaisuuteen sekä moninaisuuden huomioimiseen varsin vaihtelevasti. Eräs esimiesasemassa oleva hoitaja piti vaikutusmahdollisuuksia hyvinä, ja kertoi, että hoitajille myös varta vasten järjestetään tilaisuuksia, joissa he voivat ottaa kantaa ja vaikuttaa. Hänen mukaansa vähäinen vaikuttaminen johtuu siitä, etteivät työntekijät tiedä, mitkä ovat niitä kanavia, joiden kautta voi vaikuttaa.

Sanotaan, et vaikka niitä tilaisuuksia pystyy luomaan, et mitä mieltä te olette ja mä esimerkiksi paljon laitan työntekijöille sähköpostia, et nyt ois tämmönen asia, että mitä mieltä ootte ja mitä halutte, ni yleensä yks ehkä vastaa, et ei niinku kuitenkaan...et sit työntekijät sanoo monesti, et ku ei mihinkään voi vaikuttaa, mut sit he ei niinku ymmärrä monesti, et mitkä ne on ne vaikuttamismahdollisuudet. H2

Esimiehet eivät olleet ainoita, joiden mielestä hoitokäytäntöihin ja toimintatapoihin oli mahdollista vaikuttaa. Tähän kuitenkin vaikutti merkittävästi se, miten esimies suhtautui työntekijöiden ehdotuksiin ja ideoihin. Mikäli esimies oli kannustava ja mahdollisti vaikuttamisen, oli todennäköisempää, että hoitaja tekisi jotain asioiden eteen.

Kyl meitä tääl kannustetaan joka asiassa ottamaan kantaa. Se on enemmän ongelma et ihmiset ei ota kantaa silleen, mut mahdollisuuksia on. Sä voit laittaa suoraan sähköpostia esimiehelles tai voit toki jutella suoraanki, mut samoin hoitotyönjohtajalle jonkun asian, et otapa esiin tämä. H3

Sekä hoitajissa että esimiehissä oli kuitenkin myös niitä, jotka eivät kokeneet voivansa vaikuttaa hoitoyksikön tai osaston toimintatapoihin haluamallaan tavalla. Osa kertoi hoitajista riippumattomien tekijöiden olevan niitä, jotka tekivät vaikuttamisen mahdottomaksi. Erään esimiehen mukaan hänen moninainen työnkuvansa sekä kiire vei ajoittain mahdollisuuden viedä hoitoa eteenpäin, vaikka hän pitikin asemaansa vaikuttajana hyvin tärkeänä:

Tääl on tosi pieni mitotus ja siinä mä koen turhautumista välillä, et varsinki ku tuolta ylemmältä taholta tulee koko aika sellast tietoo. Sitte vielä nää Rait ja hoitosuunnitelmat, ja ku tulee uus asukas, ni siin on hirvee homma. Pidät hoitoneuvottelut ja teet sen kuntoutumissuunnitelman sun muut ja siin mä oon välil tosi turhautunu ja sellanen kädet tyhjänä. Sit välillä mulle tulee sellanen olo, et ihan sama siis. H1

Hoitaja kuvaili työhönsä vaikuttavia hoitajan työn ulkopuolisia tekijöitä sekä ylempien tahojen antamia työtehtäviä. Muun muassa hoito- ja kuntoutumissuunnitelmien tekeminen sekä RAI-arviointien tekeminen veivät kaikki työn fokuksa pois asiakkaan

kohtaamisesta ja arjen hoitotyöstä. Yhä enemmän aikaa joutui siis käyttämään sellaisten asioiden parissa, jotka eivät välttämättä tuoneet mitään lisää käytännön hoitotyöhön, vaan päinvastoin veivät aikaa asukastyöstä (ks. Tainio & Wrede 2008, 184–188). Monen asian hallitseminen yhtäaikaaisesti tuntui haastavalta, mistä saattoi seurata välinpitämätön olo (Frilund 2013, 13).

Lisäksi osa haastateltavista löysi epäkohtia muiden hoitajien toimintatavoista, mikä aiheutti turhautumista ja jopa ajatuksia alanvaihdosta. Näissäkin tapauksissa haastateltavat näkivät kuitenkin myös hoitajien ulkopuoliset tekijät merkittävinä. Se, että vaikutusmahdollisuuksia ei ole, ei välttämättä tarkoita vain hoitajien kykenemättömyyttä vaikuttaa.

[...] et on siinä aika semmonen kädet sidottu olo. Just se, jos tietyt hoitajat yrittää tehdä asiat kaikilla tavoin eettisesti ja kaikin tavoin oikein, ja sit jos jotkut hoitaa vaan sen, mikä on se vähin, mikä riittää, ni kyl siinä aika turhautunu olo tulee...että miksi ite repii itestään, kun sitten se ei kuitenkaan toteudu silleen kokonaan. Ihan silleen ylipäätänsä hoitajana miettii, ni kyl siin on vähän semmonen *robottiolo* ja vaikutusmahdollisuudet aika minimaaliset. H4 (kursivointi SV)

Kahdessa yllä olevassa sitaatissa hoitajat käyttävät vahvoja ilmaisuja kertoessaan vaikutusmahdollisuuksistaan. Heidän mukaansa hoitajana kädet ovat sidotut tai kädet ovat tyhjänä, mikä kuvaa hoitotyön kiireistä arkea sekä hoitajista riippumattomia hoitoon vaikuttavia tekijöitä. Hoitajana toimiessa on välillä *robottiolo* (ks. Wrede 2008, 135). Sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöjen asemaa ajatellen hoitajien tunne siitä, ettei asioihin voi vaikuttaa, pienentää yksittäisen hoitajan roolia moninaisuuskysymysten puolestapuhujana. Mahdollisuudet tehdä työtä eivät aina kohdanneet eettisiä periaatteita tai ihanteita:

[...] monet on just niinku turhautuneita siihen täällä laitoshoidossa olevien asukkaiden kanssa, että esimerkiksi heidän, jos vaikka joku naisasukas, ni heidän niinku naisellisuus ei pääse esiin ja pari, jos on naimisissa, ni heidän parisuhde ei niinku mitenkään kykene näyttäytymään laitoshoidossa, ni siitä tuli parilta työkaverilta semmosta kommenttii, että ei heteroasukkaittenkaan oikeudet tai hoito toteudu. Mut et mun mielest niitä on turha erottaa toisistaan, et se pitäis olla jo ihan yhteinen tavote. Mut se on myös totta, et ei vaikka avioparit pääse mitenkään, ku puoliso joutuu laitokseen, ni se loppuu aika pitkälti siihen se avioliitto, vaikka ei ois muistisairaskaan. Se on ylipäätänsä ton laitoshoidon ongelma, et tavallaan noi asiat aika pitkälti päättyy siihen. H4

Se, pelkästään jo tän heterosuhteen käsitteleminen, siis konkreettisesti on tässä yhteydessä aika hankalaa, siitä tulee jonkunnäköisiä vaikeuksia ja siihen pyritään kyllä aina, että se niinku toimis mahdollisimman pitkälle se, tän meillä asuvan henkilön suhteitten mukaan ja muistankin sellasia tapauksia, joissa on ihan oikeasti asunu pariskunta täällä, mut vaikka vaan toisella on niinkun ollu paikka, et on järjestetty tai on voinu sitte olla ja niinku elää yhdessä oikeesti, mutta se on aika harvinaista. H8

Näissä sitaateissa puheeksi tulivat laitoshoidon yleiset ongelmat. Heterosuhteidenkaan huomioiminen tai esimerkiksi naisasukkaiden naisellisuudesta huolehtiminen ei ollut juuri mahdollista vanhainkodissa. Erään hoitajan mukaan keskustelu sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöjen asemasta vanhuspalveluissa on herättänyt myös närkästystä työyhteisössä, sillä on koettu, että keskustelu on epätasa-arvoistavaa. On siis koettu, että sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluville vanhuksille vaaditaan erityisoikeuksia ja -kohtelua heterovanhusten hoidon kustannuksella (vrt. Valtonen 2012, 24–25). Hoitajat siis perustelivat vallitsevaa tilannetta eli sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien huomioon ottamisen tilaa laitoshoidon yleisillä ongelmilla, esimerkiksi vaikeudella tukea vanhusten parisuhteita laitoshoidossa. HLBTI-vanhusten oikeuksien toteutuminen tai aseman parantaminen ei saanut sijaa, vaan pikemminkin oikeuksien toteutumista tämän erityisryhmän kohdalla pidettiin uhkana muille asukkaille. Lisäksi hoitajien puheessa kiire esti tai ainakin rajasi yksilökohtaisen hoidon toteutumista:

[...] jos on isoja asukasmääriä ja kiire ja näin, onhan sekin fakta, et se niin kun yksilökohtainen hoito, ni onhan se vielä vähän hakusessa, et ei siinä välttämättä kerkee tehdä kun ne perusjutut, vaikka aamutoimia, ni sit jos joku asukas haluis oikeesti uskoutuakin, ni ei luultavasti pysty. H4

Kiireestä puhuminen heijastaa laitoshoidon yleistä tilaa. Tehokkuusajattelu vie fokusta pois kohtaamisesta ja yksilöllisestä hoidosta, mikä on ristiriidassa hoitotyön etiikan kanssa. Laskennallinen tehokkuus ei kuulu hoitajien eettiseen koodistoon, ja se aiheuttaa monissa turhautumista (vrt. Eräsaari 2010, 207). Hoitajuus on käsitetty usein ideaalisesti työnä, jossa hoitaja välittää asiakkaistaan epäitsekkäästi ja hänen työtään ohjaa kutsumus (Riskä & Wrede 2004, 41). Tehokkuuden korostaminen tekee kuitenkin vaikeaksi ja jopa mahdottomaksi sellaisen työn, jossa hoitajalla olisi mahdollisuus pitää yllä sosiaalisia suhteita asiakkaisiinsa ja siten toteuttaa ihanteellista hoitotyötä, jossa hoitajalla on aina aikaa kuunnella asiakkaiden yksilöllisiä tarpeita (ks. Tainio & Wrede

2008, 187).

Kiireen ja yksilökohtaisen hoidon tarjoamisen haasteiden lisäksi fyysinen hoitoympäristö näytti rajaavan yhdenvertaisen hoidon mahdollisuuksia. Esimerkiksi vanhusten yksityisyyden turvaaminen ja takaaminen oli hoitajien mukaan hyvin haasteellista:

[...] et just miettii niinku pelkästään aviopareja, ni on se kurjaa, et pitää jossain käytävällä istua juttelemassa, et ei niinku...kyl se oma huone ois tärkeä, et siellä varmasti ihan eri tavalla omaiset pystyis juttelemaan, niinku omaiset ja asukkaat keskenään pystyis niinku olee luontevammin ja sit jos miettii vaikka, et jos ois transsukupuolinen, ni miten se sitte, jos ei ois yhen hengen huonetta tarjota, ni mitäs sitte tehtäs. Et onhan noi aika silleen mahdottomia, tosi isoihin laitoksiin, missä ei oo omia huoneita. H4

No kyllä sitä [yksityisyyttä] tietysti pyritään mahdollistamaan aina ja tässä tilanteessa, kun paikkoja on kahdenhengenhuoneisiin ja yhdenhengenhuoneisiin ja hoitoperusteisesti aina määräytyy nää kuka asuu missäkin huoneessa, et silloin voidaan ottaa se huomioon. H8

Aika, aika kehnosti, että meillä on suurin osa huoneista kahdenhengenhuoneita. Et meil on vaa viis yhdenhengenhuonetta, ja nekin on tarkotettu tämmösille asukkaille, jotka saattaa häiritä tosi paljon, et vaikka huutaa tai sit semmosii, jotka ei tuu millää toimeen kenenkään kanssa tai sit tämmösii enemmän omatoimisia, jotka saattais siellä vielä jotain itse tehdä. [...] Mut tilathan meil on tosi surkeet ku ajatellaan tätä yksityisyyttä. H9

Vanhusten yksityisyyden kunnioittaminen on hoitajien mukaan laitoksen puitteissa haastavaa. Keskeisenä ongelmana pidetään laitoksen tiloja: kaikille asukkaille ei ole mahdollisuutta antaa omaa huonetta. Kun sijoittaminen huoneisiin määräytyy hoitoperusteisesti, usein vain joko hyväkuntoisimmat tai häiritsevästi käyttäytyvät saavat mahdollisuuden asua omassa huoneessa. Hoitajien mukaan yksityisyys voidaan tiettyssä määrin ottaa huomioon, mutta tämä on heidän kertomansa mukaan mahdollista vain tilanteissa, joissa asukas on jo sijoitettu asumaan yksin. Näin ollen niille vanhuksille, jotka jakavat asuintilat yhden tai useamman henkilön kesken, ei voida taata mahdollisuutta yksityisyyteen. Nämä vanhukset joutuvat keskustelemaan kumppaneidensa ja vieraidensa kanssa vanhainkodin käytävillä, yleisissä tiloissa tai huoneessa, jossa on läsnä sen muut asukkaat. Toisaalta yksityisyyden mahdollistaminen ja kunnioittaminen laitospäristön asettamissa rajoissa saattoi vaikuttaa myös hoitajien toimintaan siten, että asukkaiden yksityisyydestä huolehtiminen

yksinkertaisesti unohtui:

[...] et tää niinku, et kunnioitettas sitä yksityisyyttä, et tuol esimerkiks mä nään punasta heti, jos mä kävelen tos käytäväl ja siin on ovet auki ja siel jotain mummoo pestään siel vessassa, että pitäs niinku tämmöset asiat olla niinku itsestään selviä, että vaik se vanhus ei nää tai on ihan dementoitunu tai ei kuule, ni silti ovet kiinni. Ja se mikä usein kans, ku dementoituneita hoitaa unohtuu, et esimerkiks just kysyy, että mitä sä haluut laittaa päälle, et hoitajahan sielt kaapist valitsee, et täs on sulle vaatteet...että ylipäättään tämmöset valintakysymykset...H9

Hoitajan kertoman mukaan muistisairaita hoitaessa voi unohtua kysyä asiakkaan omia mielipiteitä esimerkiksi vaatetuksen suhteen: hoitaja tekee automaattisesti valintoja ja päätöksiä asukkaan puolesta. Lisäksi yksityisyyden kunnioittaminen saattoi ”unohtua” tai siihen ei ehkä kiinnitetty samalla tavalla huomiota silloin, kun hoidettava oli muistisairas. Tämä tukee käsitystä siitä, että muistisairas vanhus ei voi enää hallita omaa elämänsä, vaan hän on täysin riippuvainen hoitajan tekemistä päätöksistä. Sosiaalinen riippuvuus instituution tarjoamasta hoivasta ja sitä kautta vanhuksen näkeminen sosiaalisesti kuolleen, on laitoksessa kylmä tosiasia: dementoituneen ei enää odoteta vartioivan yksityisyytensä rajoja tai ilmoittavan, mitä hän haluaa pukea päälleen.

Hoitajien puheessa risteilivät siis laitoshoidon yleiset ongelmakohdat sekä hoitajien järkeily ja toisaalta turhautuminen siitä, etteivät he voi vaikuttaa laitoksen rakenteisiin ja näin edistää esimerkiksi vanhusten mahdollisuutta yksityisyyteen. Osa haastatelluista ei eksplisiittisesti ilmaissut turhautumistaan, vaan he lähinnä totesivat tyyliä asianlaidan olevan se, ettei mahdollisuutta yksityisyyteen ole. Tämä heijastaa sitä, että laitoshoidon tila ja laitosympäristö sellaisenaan koetaan muuttumattomana ja vaikutusmahdollisuuksien ulkopuolella olevana. Puheesta voi lukea myös rutinoitumista, kun hoitaja ei ilmaise tunteitaan vaan toteaa rationaalisesti, että nyt on näin.

On kiinnostavaa tarkastella, millä tavoin ja missä määrin hoitajat ratkaisevat ihanteiden ja rakenteiden välistä ristiriitaa. Kuten todettu, osalle se, ettei rakenteisiin voi vaikuttaa ja samalla sen hyväksyminen, ettei asukkailla juuri ole yksityisyyttä, on vain kylmä tosiasia. Osa hoitajista taas ilmaisi hyvin voimakkaita tunteita liittyen siihen, että hoitotyö ei välttämättä onnistu ideaalisella tavalla. Kuten edellä olevasta nuoren hoitajan sitaatista voi lukea, kokemus siitä, ettei hoitotyö ole eettisesti kestäväällä tolalla,

voi johtaa jopa alanvaihtoaikaisiin. Toisaalta taas laitosmaailmaan rutinoituminen voi olla yksi selviytymiskeino silloin, kun omat ponnistelut asukkaan hyväksi eivät riitä tarjoamaan kaikin puolin yksilöllistä ja eettistä hoitoa. Toisin sanoen osa hoitajista näytti selkeästi ottavan emotionaalista etäisyyttä hoitotyön todellisuuteen, mikä näyttäytyi puheen rationaalisuutena (vrt. Riska & Wrede 2004, 53–59).

Kiinnostava poikkeus aineistossa oli eräs vanhempi hoitaja, joka painotti hoitotyön merkitystä tunnetyönä. Hän koki, että kaiken keskiössä on vanhuksen hyvinvointi, jota tulisi pyrkiä edistämään, vaikka rakenteet kuinka rajoittaisivat. Hänelle työ oli ensisijaisesti auttamista, ei työtä palkan vuoksi:

[...] pitäs niinku enemmän sellasta positiivista palautetta antaa ihmisille ja näin auttaa toista, eikä semmonen, että tulla vaan tänne palkan takia, koska mä oon taas syntyny hoitajaks, et mä tuun tänne niinku viihtyäkseni, et se palkka ei oo mulle se ainut, minkä takia mä oon täällä, vaan siis mä rakastan näitä asukkaita, mä rakastan tätä työtäni, et se on mulle enemmän, ku se palkka. Mut jos tänne tulee vaan palkan nostamaan, ni se on sitte...meil on ihan erilaiset näkökannat. H7

Hoitajat siis artikuloivat ammatillisuutta monin eri tavoin. Erontekoja esiintyi siinä, miten hoitotyö ja hoitajuus ylipäänsä käsitettiin. Osa hoitajista oli selkeästi sitä mieltä, että hoitajuudella on erityislaatuinen tunnetyön status, ja hoitajana oleminen on ikään kuin kutsumuksen noudattamista. Ammatillisuus ei siten olisi olemassa itseään varten, vaan tarjotakseen välineitä asiakkaan hyvän hoidon toteuttamiselle (ks. Hugman 2005, 54). Osa hoitajista näytti sen sijaan suhtautuvan työhönsä rationaalisemmin, eikä heidän puheessaan ollut läsnä samantapaista eetoksellisuutta.

Ne hoitajat, jotka pitivät työtään arvokkaana sen vuoksi, että he voivat työllään auttaa muita, olivat puheissaan aktiivisia sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien oikeuksien puolestapuhujia. Heidän mielestään HLBTI-kysymyksien ottaminen osaksi vanhustenhoitoa ei edellyttänyt lisäresursseja, vaan sulautui osaksi hoitoa yleensä. Kyseessä ei siis ollut sen kummempi asia, kuin vanhuksen yksilöllinen kohtaaminen yleensä, joka taas on hoitotyön keskeisimpiä periaatteita. Näiden hoitajien puheessa korostui se, että yksilöllinen hoito on pieniä arjen asioita, jotka ehtii hoitaa muun hoidon lomassa:

Siis pystyy [ottamaan yksilölliset tarpeet huomioon]. Esimerkiksi meillä varsinkin jotenki korostuu tääl osastolla se, että jokainen asukas otetaan yksilönä huomioon. Ja siin on enempi ehkä niin kun paneuduttu siihen asukkaaseen, että ihan tällasii konkreettisii, et jos asukas tykkää suklaasta, ni omahoitaja saattaa mennä ostamaan suklaata ja syöttää sille suklaata ja että...Kyl jokainen saa niin kun siis sillä tavalla yksilöllistä hoitoa, et kyllä tollanen asia pystytään ottaa huomioon, jos siitä on tietoa. H1

Mun mielestä ne on niin pieniä asioita siis ajallisesti ja kuinka suuri merkitys niillä on sen ihmisen hyvinvointiin, et mun mielest löytyy [aikaa], et se on enemmänkin mun mielest kiinni siitä että jokainen hoitaja katsoo sitä omin silmin. H7

Haastateltavien puheesta voi siis lukea erilaisia näkemyksiä siitä, miten eettisesti hyvä hoito on mahdollista toteuttaa laitospäristön ja niukkojen resurssien rajoissa.

[...] tästä on paljon puhuttu, et koskaan ei oo aikaa mihinkään, et on liikaa töitä ja kiirettä, mut sit ei kuitenkaan olla niinku valmiita luopumaan mistään, että meillä työntekijät on aika silleen...suurin osa tavoittelee sitä, ei nyt voi sanoo täydellisyyttä, mut kuitenkin ehkä parempaa ku mitä näillä resursseilla, mitä meille on annettu, ni voi tehdä. Tai sit tehdään niinku itselle liian isoja vaatimuksia. Toki tavoitteethan pitää mun mielestä aina olla vähän korkeemmalla kun mitä pystytään, koska ihminen on yleensä semmonen että pikkusen ali mennään siitä, harvoinhan sitä rimaa ylitetään.H2

Edellä olevasta sitaatista voi lukea, että on olemassa jokin tietty hoidon standardi, joka voidaan tietyin resurssein toteuttaa. Hoitaja toteaa, että suurin osa työntekijöistä tavoittelee parempaa, mitä annetuilla resursseilla voidaan tehdä. Kun tämän rinnastaa edellä esitettyyn puheeseen siitä, että vain välttämättömin voidaan tehdä, nousee kysymykseksi se, ovatko laitoshoidon kohdennetut resurssit riittämättömiä takaamaan yksilöllisen hoidon. Jos siis laitoshoidon standardi on tehdä vain välttämätön, eikä parempaan tulisi pyrkiä, mitä tapahtuu asiakaslähtöisyydelle ja yksilöllisyydelle. Toisaalta taas haastateltavan puheen voi lukea huolena työtovereiden jaksamisesta, kun itselle asetetaan liikaa vaatimuksia. Joka tapauksessa on ristiriitaista, että voidakseen tarjota hyvää ja yksilöllistä hoitoa, hoitajalta vaaditaan kohtuuttomia ponnistuksia, vaikka juuri hyvän ja inhimillisen hoidon tarjoaminen on koko hoitotyön perusta. Toisin sanoen hoitajat joutuvat hyvän ja laadukkaan hoidon toteuttamisen ja niukkojen resurssien ristipaineeseen, jonka puristuksesta voi olla vaikea päästä pois. Näin ollen näkemys hoitajista tiedottomina, taidottomina ja haluttomina ottamaan huomioon vanhusten sukupuolen ja seksuaalisen suuntautumisen moninaisuutta, on

yksinkertaistava. Se ei ota huomioon niitä eettisiä dilemmoja ja ristiriitoja, joita hoitaja joutuu arjessa kohtaamaan.

Haastateltavani painottivat esimiesten merkitystä yhdenvertaisuuden ja hoitotyön arvojen edustajina. Yksittäisen hoitajan rooli asioiden edistäjänä nähtiin kapeana:

Ja esimiehen rooli on mun mielest siinä aika iso, et sen pitää ottaa vastuu näist asioista, koska yksin rivityöntekijän on vaikee lähteä edistää semmost asiaa, missä sä voit kokee olevas jopa itse se uhri, vaikka jos oot kiusattu tai muutoin niinku hyljeksitty siinä tiimissä, nii ni kyl silloin esimiehen rooli on se, mikä pitää osata hoitaa. H6

Kyl se [HLBTI-asioista puhuminen] täytyy niinku ehkä tuolta esimiesten taholta, tuolta ylempää tai just tällasilla projekteilla, et kyl nää varmaan tehokkaampia sit kuitenkin on. H3

No mun mielestä se [esimies] on aika avainasemassa silleen, et kyl mun mielestä työpaikoilla pitäis olla selvät sellaset pelisäännöt ja periaatteet, ja sit jos niitä ei pysty noudattamaan, ni sit se ei oo oikee paikka, et mun mielestä se,..tota työtä voi tehdä monella tavalla, ei oo niinku mitään yhtä tapaa, mut kyl niinku sellaset tietyt periaatteet mun mielest pitäis olla tossa työssä. H4

Esimiehen tulisi hoitajien mukaan toimia ikään kuin portinvartijana ja pitää huolta siitä, että työssä otetaan huomioon ja työtä tehdään eettisten periaatteiden mukaisesti. Nähtiin, että yksittäisen hoitajan on vaikea edistää tai ottaa vastuuta esimerkiksi sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin liittyvien asioiden puheeksi ottamisesta. Tätä perusteltiin kollektiivin dynamiikalla ja hierarkialla: tiimissä hyljeksityn on vaikea saada ääntään kuuluviin. Esimiehellä voi siis nähdä olevan sellainen auktoriteettiasema suhteessa rivityöntekijöihin, että hänen on mahdollista toimia vaikuttimena tiettyjen arvojen puolesta. Käänteisesti tämä tarkoittaisi siis sitä, että mikäli esimies ei pidä HLBTI-kysymyksiä relevantteina tai koe niiden sisältyvän hoitotyön periaatteisiin ja eettisiin arvoihin, on epätodennäköistä, että niihin pureuduttaisiin sen syvemmin.

Vaikka vanhainkodissa työskentelevillä hoitajilla voi nähdä olevan valtaa suhteessa asukkaisiin ja etenkin muistisairaisiin vanhuksiin, ovat työntekijät itsekkin muiden tahojen vallan tai ainakin vaikutuksen alaisina. Esimerkiksi jo laitossympäristön fyysiset rakenteet rajaavat sitä, millä tavalla hoitajat voivat mahdollistaa asukkaiden yksityisyyttä. Tämä näkyi transvestiittiasukkaasta keskusteltaessa, kun tämän sukupuolen ilmaisu voitiin kokea järjestystä häiritsevä. Samaa ongelmaa tuskin

syntyisi, mikäli asukas olisi kotihoodon piirissä. Toisaalta hoitajat olivat myös ylemmän tahon käskyvallon alaisina, eivätkä rivityöntekijöinä kokeneet kykenevänsä juuri vaikuttamaan sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien asemaan. Tämä on kiinnostavaa, kun asiaa peilaa sitä vasten, että sukupuoliepätyypillistä pukeutumista kohdatessaan tilanteen hoitaisi ja tilanteesta päättäisi yksin hoitaja, omista lähtökohdistaan. Toisin sanoen on tilanteita, joissa hoitaja toimii ylemmän tahon ja esimiestensä vallan alaisena ja toisaalta hetkiä, jolloin hoitaja on oman työnsä esimies.

9 Johtopäätökset: Laitoshoidon sosiaalista redusoiva hoitotyö ja institutionaalinen kaapittaminen

Tutkimukseni tarkoituksena on ollut selvittää vanhustyötä tekevien hoitajien näkemyksiä sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien vanhusten hoidosta laitosympäristössä sekä valmiuksia kohdata heidät. Lähestyin aihetta korostaen sukupuolta ja seksuaalisuutta moninaisina ilmiöinä queer-teoreettiseen tapaan. Lisäksi kiinnitin huomiota laitosympäristössä tapahtuvan hoitotyön eettisiin kysymyksiin sekä laitoshoidon luonteeseen totaalisena instituutiona. Keskeistä oli nähdä, että sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvat vanhukset kantavat kaksinkertaista, sosiaalisen riippuvuuden sekä sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöön kuulumiseen liittyvää stigmaa, ja tätä kautta lähestyä hoitajien kokemuksia siitä, miten tämä stigmatisoitu ryhmä on kohdattu laitoshoidossa.

Lähtöoletuksena tutkielmassani oli vanhustyöntekijöiden tietämättömyys sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin liittyvistä kysymyksistä ja sitä kautta se, että vanhuspalvelut eivät ole valmistautuneet kohtaamaan sukupuolen ja seksuaalisen suuntautumisen moninaisuutta. Tätä olettamusta vahvisti aikaisemmin tehty HLBTI-ikäntymistutkimus (ks. luku 3) sekä lukuisat käymäni keskustelut sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien ikäihmisten kanssa.

Oletuksen paikkaansa pitävyyttä tukee aineistossa ensinnäkin se, että sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien vanhusten kohtaaminen oli uutta lähes jokaiselle haastateltavalle. Toimintaohjeita esimerkiksi transasioihin liittyvissä kysymyksissä ei ollut saatavilla. Kaikki hoitajat totesivat, että sukupuoli- tai seksuaalivähemmistöön kuuluvan vanhuksen saapuminen osastolle edellyttäisi keskustelua ja pohdintaa henkilökunnan kesken. Yleisten toimintaohjeiden ja yhteisten toimintatapojen puuttuessa HLBTI-vanhuksen kohtaaminen oli yksittäisen hoitajan käsissä. Takeita yhdenvertaiselle hoidolle ei ollut.

Toiseksi hoitokulttuuri näyttäytyi hoitajien puheessa seksuaalikielteisenä, mitä ilmensi se, ettei vanhusten seksuaalisuudesta puhuttu asukkaiden kesken. Lisäksi seksuaalisuuden toteuttamista voitiin rajata piilottamalla vanhukset tavaroita tai kieltämällä seksuaalinen toiminta. Myöskään vanhuksen kuulumista

seksuaalivähemmistöön ei otettu puheeksi asukkaan kanssa, vaikka tämän homous tai lesbous olisi ollut hoitajien tiedossa. Tulkitsin tämän hoitajien pyrkimyksenä hallita seksuaaliseen suuntautumiseen liitettyä stigmaa: hoitajat pysyivät tahdikkaasti hiljaa asiasta, jolloin se ei päässyt kenenkään tietoon, eikä aiheuttanut vaivaantuneita tilanteita.

Seksuaalisuuteen ja HLBTI-kysymyksiin liittyvä puhumattomuus viestii siitä, että sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien ikääntymiseen liittyvät kysymykset eivät ole laitoshoidon arkipäivää. Kun asioista ei puhuta, eivät ne myöskään ole olemassa vanhustyön kentällä. Suurin osa haastattelemistani hoitajista ei kertomansa mukaan ollut hoitanut sukupuoli- tai seksuaalivähemmistöön kuuluvaa vanhusta siten, että asia olisi ollut työyhteisön tiedossa. Tämä voi johtua siitä, että moni palveluiden piiriin tuleva ei avoimesti kerro seksuaalisesta suuntautumisestaan tai sukupuoli-identiteetistään kaltoin kohtelun pelossa. Toisaalta taas sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvat voidaan tehdä näkymättömiksi siten, ettei heidän olemassaoloon tunnisteta tai tunnusteta. Tällöin kyse on kaapittamisesta (Jämsä 2008, 107).

Lähes kaikki haastateltavat kertoivat kuitenkin joskus epäilleensä, että heidän osastollaan oleva asukas kuuluisi sukupuoli- tai seksuaalivähemmistöön. Tällöinkään asiaa ei otettu puheeksi asukkaan kanssa, vaan epäilykset tapahtuivat kaikessa hiljaisuudessa. ”Poikkeavan” seksuaalisen suuntautumisen tai sukupuoli-identiteetin epäileminen tuottaa mielikuvia salaisesta ja häpeällisestä asiasta, josta tulee olla hiljaa. Tästä voi löytää yhtäläisyyksiä aikaan, jolloin homoseksuaaliset teot oli rikoslain mukaan rangaistavia ja homoseksuaalisuus oli luokiteltu sairaudeksi. Homouden, lesbouden, bi- ja transihmisyyden käsittäminen poikkeuksina hetero- ja sukupuolinormista elää edelleen vahvana. Myös hoitajien puhe epäilyksistä sekä HLBTI-kysymyksistä vaikeneminen vahvistavat sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien vanhusten kantamaa stigmaa.

HLBTI-kysymyksillä ei kaikkien hoitajien mukaan ollut suurta merkitystä hoidon kannalta, sillä yhdenvertainen hoito oli jo kaiken hoitotyön perustana. Tämä takasi hyvän hoidon sukupuoli-identiteetistä tai seksuaalisesta suuntautumisesta riippumatta.

Kaikkien ihmisten samanarvoisuutta korostava puhetapa oli yksi hoitajien puheen kantavista teemoista. Tämä rinnastui ammatillisuuspuheeseen, jonka kautta hoitajat tulivat toistaneeksi ja ylläpitäneeksi sellaista hoitotyön ideaalia, jossa jokainen vanhus kohdataan yhdenvertaisena.

Ammatillisuus toimi hoitajien puheessa toimintatapojen legitimoijana: koska olemme ammattilaisia, teemme työmme eettisesti oikein. Itse hoitajuus oli siten tae hyvästä, yhdenvertaisesta hoidosta, koska hoitaja ei toimi omien henkilökohtaisten arvojensa perusteella, vaan oman ammattinsa edustajana. Hoitotyön vaatimus jokaisen tasa-arvoisesta hoitamisesta takasi sen, että sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvia vanhuksia kohdellaan asianmukaisesti, oli hoitajan suhtautuminen kyseisiin vanhuksiin millainen tahansa. Ammatillisuuspuhe toimi ikään kuin vastapuheena oletukselle hoitajien tietämättömyydestä ja taidottomuudesta kohdata sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvat vanhukset. Lisäksi ammatillisuus- ja tasa-arvopuhe legitimoivat sellaisen hoitotyön, jossa HLBTI-kysymyksiä ei oteta huomioon: koska toiminta on jo yhdenvertaista, ei asiassa tarvitse kehittyä.

Hoitajien vetoaminen ammatillisuuteensa alkoi kuitenkin rakoilla etenkin silloin, kun puheeksi tuli transsukupuolisten ja transvestiittien asema. Transasiat olivat haastateltavilleni selkeästi vieraita, eikä kellään ollut kokemusta sukupuoleltaan moninaisista vanhuksista tai heidän hoidostaan. Kun puheeksi tuli tilanne, jossa asukas ilmaisisi sukupuoltaan epätyypillisesti, hoitajien kesken vallitsi epätietoisuus siitä, miten tilanne käytännössä hoidettaisiin. Huomionarvoista tässä on se, että yhtä todennäköistä oli se, että asukkaan sukupuolen ilmaisua rajoitettaisiin kuin se, että se mahdollistettaisiin. Jos ammatillisuus takasi yhdenvertaisen hoidon kaikille, vieraiden tilanteiden kohdatessa ammatillisuudesta ei ollut enää ohjaajaksi, vaan tilanteen ratkaiseminen oli täysin yksittäisen hoitajan varassa. Näin ollen asukkaan sukupuolen ilmaisun mahdollistaminen oli kiinni työntekijästä.

Vanhuus riippuvuutena heijastuu yhtä lailla hoitajien puheessa, kun tarkastelee esimerkiksi asukkaiden sukupuolen ilmaisun neuvottelunalaisuutta ja seksuaalisuuteen liittyvien kysymysten puheeksi ottamisen ehdollisuutta. Vanhuksen oikeus ilmaista sukupuoltaan haluamallaan tavalla oli ehtojen sanelemaa: mikäli se ei häiritse muita,

mikäli arki ei tästä hankaloidu. Yksilölliset oikeudet, toiveet ja tarpeet voitiin jättää tunnustamatta yhteisen hyvän ja yleisen järjestyksen nimissä. Sukupuoliepätyypillinen pukeutuminen voitiin tässä yhteydessä nähdä järjestyksen ja rauhan rikkojana, minkä vuoksi hoitajalla olisi oikeus rajoittaa sukupuolen ilmaisua. Toisin sanoen se, että mies pukeutuu niin sanotusti toisen sukupuolen vaatteisiin, oli uhka järjestykselle, eikä sen salliminen siten olisi oikein muita kohtaan. Suhtautuminen ei-normatiiviseen sukupuolen ilmaisuun oli siten ehdollista, kun se hyväksyminen riippui täysin siitä, miten transvestisuuteen kulloinkin suhtauduttiin (vrt. Goffman 1986 [1963], 122–123).

Mitä tulee hoitajien valmiuksiin ja kompetenssiin HLBTI-kysymysten suhteen, voi tutkimukseni valossa todeta, että valmistautuminen on vielä alkuvaiheessa. Hoitokulttuurin seksuaalikielteisyys ja epätietoisuus siitä, miten ja mitä seksuaalisuutta tulee ja pitää tukea, vaikuttaa kaikkiin vanhuksiin seksuaalisesta suuntautumisesta ja sukupuoli-identiteetistä riippumatta. Niin kauan kuin HLBTI-ikäihmisten asiat ovat vieraita, eikä niitä tunnusteta merkityksellisiksi hoitotyön kannalta, on selvää, ettei valmiuksia ole eikä niitä koeta välttämättä edes tarpeellisiksi hankkia. On tärkeää huomauttaa, että haastateltavani suhtautuivat kertomansa mukaan neutraalisti ja osa hyvin myönteisesti HLBTI-kysymysten juurruttamiseen osaksi hoitotyötä. Keskeistä on huomioida, että myönteinen suhtautuminen ei vielä itsessään muuta hoitotapoja tai -käytäntöjä, vaan kuten olen osoittanut, yksittäisten rivityöntekijöiden voi olla hyvinkin hankalaa vaikuttaa käytännön työhön.

Kielteinen suhtautuminen kaikkien vanhusten seksuaalisuuden ilmaisuun viestii siitä, että vanhuksen kategoriaan ei mielletä aktiivista seksuaalisuutta tai seksuaalisia käytänteitä. Näkemys vanhuksesta on normatiivinen ja kapea, mikä tuli esille hoitajien suhtautumisessa seksuaalisuuden ilmaisuun: vanhus ei ole kompetentti päättämään seksuaaliseen käyttäytymiseensä liittyvistä asioista. Tämä ajatus ulottuu muuhunkin päätöksentekoon ja korostuu erityisesti muistisairaiden kohdalla, kun hoitaja automaattisesti valitsee tälle vaatteet ja unohtaa sulkea huoneen oven tätä pestessään. Hoitotyö kuitenkin tunnistaa heteroseksuaaliset identiteetit tunnustamalla heteropuolisot ja sallimalla avoimen keskustelun pari- ja perhesuhteista. Heterous säilyy oletusarvona: se on normaaleja suhteita ja normaalia vanhusten elämää (Ronkainen 1997, 36). Puheen tasolla heteroseksuaaliset identiteetit nauttivat itsestään selvää näkyvyyttä, joskin

silloin, kun kyse on heteroseksuaalisesta käyttäytymisestä, seksuaalisuutta rajoitetaan. Tämä ylläpitää käsitystä normatiivisesta vanhuudesta, johon kyllä kuuluu elämänhistoria avioliittoineen ja lapsineen, mutteivät enää seksuaaliset käytänteet. Seksuaalisuuden ilmaisu ikään kuin muuttuu ei-normatiiviseksi, kun ihminen ikääntyy. Ei-normatiiviset seksuaalisuudet ja sukupuoli-identiteetit jäävät kuitenkin keskustelematta, koska niitä ei kehdata ottaa esille. HLBTI-ikäihmisten sosiaaliset identiteetit ja elämänkerrat jäävät piiloon, sillä ne tulevat kaapitetuiksi niin hoitajien kuin instituutionkin taholta (ks. myös Berg & Wickman 2010, 74–75).

Ei-normatiiviset sukupuoli- ja seksuaali-identiteetit redusoituvat seksuaalisuuden ilmentämiseen ja seksuaaliseen käyttäytymiseen eli niistä tulee relevantteja vain silloin, kun ne ovat nähtävissä. Sosiaalisen kuoleman käsitteeseen kiteytyy tutkielmassani juuri se, että näiden identiteettien sosiaalinen puoli jää tunnustamatta ja tukematta. Sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöön kuuluva vanhus kohdataan sivuuttaen tahdikkaasti tämän kantama stigma, josta seuraa elämänhistorian ja identiteetin kaapittaminen. Goffmanin tahdikkuuden käsite ei siten ole vain tapa hallita toisen stigmaa, vaan kaapittamista, johon instituutiolla on osansa. Toisin sanoen kaapittaminen ei tapahdu vain hoitajien tahdikkaan hiljaisuuden kautta, vaan myös laitoshoidon institutionaaliset rakenteet sekä niiden hoitajien toimintamahdollisuuksiin kohdistuva rajoittava valta vahvistaa ja tukee kaapittamista. Lisäksi hoitotyö redusoituu kiireessä ja rakenteiden rajoissa perustarpeiden tyydyttämiseen ja välttämättömimmän tekemiseen, jolloin vanhusten sosiaaliset identiteetit eivät saa tukea.

Tarkoitukseni on ollut asemoida tutkimukseni jo olemassa olevan HLBTI-ikäntymistutkimuksen yhteyteen ja tuoda vanhustyöntekijöiden näkemyksiä esiin sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin keskittyneen tutkimuksen rinnalle. Lisäksi olen pyrkinyt tuomaan uutta perinteiseen ikääntymistutkimukseen, jossa seksuaalisuus sekä seksuaali- ja sukupuoli-identiteetit ovat olleet marginaalisen kiinnostuksen kohteina. Olen pyrkinyt omalla tutkimuksellani vastaamaan aikaisemmassa tutkimuksessa avoimeksi jääneisiin kysymyksiin esimerkiksi siitä, ovatko HLBTI-vanhusten vanhuspalveluita kohtaan tuntemat pelot aiheellisia. On selvää, että suomalaiselle HLBTI-ikäntymistutkimukselle on tilaa ja kysyntää. Tutkimukseni on vielä pintaraapaisu moninaisuuden käsittämiseen suomalaisessa hoitokontekstissa, mutta se

toivottavasti innoittaa muitakin tarttumaan aiheeseen. Jatkossa olisi esimerkiksi kiinnostavaa tutkia erikseen esimiesten ja rivityöntekijöiden käsityksiä sekä lähestyä hoitotyön kenttää myös etnografisesti havainnoimalla siinä esiintyviä toimintatapoja. Lisäksi sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien ikäihmisten kokemuksia vanhuspalveluista olisi ensiarvoisen tärkeää kartoittaa.

Millaisena näyttäytyy siis sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien vanhusten hoitaminen kontekstissa, jossa hoitotyötä eivät ohjaa yhteisesti jaetut periaatteet, vaan päätöksiä tehdään tilannekohtaisesti, hoitajista riippuen? Kysymys on ensinnäkin siitä, kenen vastuulla hyvän hoidon nähdään olevan. Mikäli vastuu on ainoastaan hoitajilla, hyvä hoito muodostuu moneksi erilaiseksi ja kilpailevaksi määritelmäksi ja toteuttamistavaksi. Mikäli taas vastuu on ylemmällä taholla, tulee hoitotyöstä helposti mekaanista suorittamista, jolloin tilannetekijöillä ei juuri ole sijaa toiminnassa.

Hoitajien vastuuta korostaessa unohtuu helposti se, että jokainen ammattikuntaansa edustava hoitaja toimii aina tietyistä ympäristöstä ja tietyistä rajoista. Mikäli oletetaan tai vaaditaan, että hoitajilla on riittävästi tietoa sukupuolen ja seksuaalisen suuntautumisen moninaisuudesta, katseen kohdistaminen koulutukseen on paikallaan. Hoitotyön periaatteiden kytkös yleisempiin sosiaalisiin arvoihin ja arvostuksiin on tässä selkeää: mikäli sukupuolen ja seksuaalisuuden moninaisuuden ymmärtämistä ja käsittelemistä ei pidetä tärkeänä tai arvokkaana yhteiskunnallisella tasolla, on vaikea kuvitella, että hoitotyö olisi tässä edelläkävijänä. Toisin sanoen sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin liittyvät kysymykset niin ikääntymisen kuin muidenkin asioiden saralla, juurtuvat osaksi hoitokulttuuria ja periaatteita vain siinä tapauksessa, jos ne tulevat osaksi myös muuta yhteiskuntaa. Tällä hetkellä HLBTI-kysymykset ovat vielä marginaalissa niin koulujen oppikirjoissa kuin poliittisissa teksteissä. Niihin viitataan usein poikkeuksina sivulauseessa tai niille on omistettu yksi erillinen kappale. Sukupuolen ja seksuaalisen suuntautumisen moninaisuus ei siten ole läpileikkaavana.

Lisäksi esimerkiksi keskustelu tasa-arvoisesta avioliittolaista heijastaa yhteiskunnassamme yhä vallitsevia ei-normatiivisiin seksuaalisuuksiin liitettyjä arvostuksia. Niin kauan kuin homoparit voidaan seksuaalisen suuntautumisensa perusteella asettaa toisiksi suhteessa heteropareihin, on syytä olettaa, että sama

toiseuttaminen näkyy myös vanhusten hoidossa. Mikäli hetero- tai sukupuolinormin ulkopuolella elävien oikeudet ovat toisia suhteessa muiden oikeuksiin, voi tämä näkyä myös siinä, minkälaista sukupuolen ilmaisua tai minkälaisia parisuhteita vanhainkodissa tuetaan. Kun yhteiskunnan tasolla ilmaistaan, että on hyväksyttävää asettaa ihmisiä eriarvoiseen asemaan seksuaalisen suuntautumisen tai sukupuoli-identiteetin perusteella, on helppoa vedota tähän myös laitostekstissä. Tutkimukseni perusteella näyttääkin siltä, että vaikka sukupuolen ja seksuaalisen suuntautumisen moninaisuuteen näytetään periaatteessa suhtauduttavan neutraalisti tai myönteisesti, jäävät HLBTI-ikäihmisten sosiaaliset identiteetit tunnistamatta. Kun homoudella, lesboudella, bi- tai transihmisyydellä ei ole hoidon kannalta väliä, merkityksellistyy hoitotyö kapeana ja toimenpidekeskeisenä, yksilöiden elämänkulut- ja tarinat sivuuttavana. Toisin sanoen, vaikka yhteiskunnassamme vallitseekin toisten yksilöllisyyden kunnioittaminen ja tasa-arvoperiaate, näyttää se unohtuvan silloin, kun yksilö ei mahdu tiettyihin normatiivisiin raameihin. Missä määrin on siis mahdollista, että sama tapahtuu vanhuspalveluiden piirissä, jossa keskeisintä on vanhuksen hyvän hoidon turvaaminen?

Lähteet

- Aarnipuu, Tiia 2006: Ei ole miestä eikä naista: queer-luenta keskiajan Euroopassa tunnettuja ristiinpukeutuvia pyhimyksiä kuvaavista teksteistä. Seta, Helsinki. Seta-julkaisuja 19.
- Aarnipuu, Tiia 2008: Trans: sukupuolen muunnelmia. Like, Helsinki.
- Abbott, Pamela & Meerabeau, Liz (toim.) 1998: The Sociology of the Caring Professions. Routledge, London.
- Alasuutari, Pertti 1994: Laadullinen tutkimus. Vastapaino, Tampere.
- Alasuutari, Pertti 2001: Johdatus yhteiskuntatutkimukseen. Gaudeamus, Helsinki.
- Almack, Kathryn; Seymour, Jane & Bellamy, Gary 2010: Exploring the Impact of Sexual Orientation on Experiences and Concerns about End of Life Care and on Bereavement for Lesbian, Gay and Bisexual Older People. *Sociology* 44 (5), 908–924.
- Apter, Dan; Väisälä, Leena & Kaimola, Kari 2006: Seksuaalisuus. Duodecim, Helsinki.
- Ardener, Shirley 2005: Changing sex and bending gender: an introduction. Teoksessa Alison Shaw & Shirley Ardener (toim.): *Changing Sex and Bending Gender*. Berghahn Books, New York, 1–19.
- Belognia, Lisa & Witten, Tarynn M. 2006: We Don't Have That Kind of Client Here: Institutionalized Bias Against and Resistance to Transgender and Intersex Aging Research and Training in Elder Care Facilities. *American Public Health Association, Gerontological Health Newsletter*, Fall 2006.
- Berg, Martin & Wickman, Jan 2010: *Queer*. Liber, Stockholm.
- Berger, Peter L. & Luckmann, Thomas 1994: Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen. Gaudeamus, Helsinki.
- Bjorkman, Mari & Malterud, Kirsti 2007: Being lesbian – does the doctor need to know? *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 25 (1), 58–62.
- Bromseth, Janne & Siverskog, Anna (toim.) 2013: LHBQTQ-personer och åldrande: nordiska perspektiv. Studentlitteratur, Lund.
- Brotman, Shari; Ryan, Bill & Cormier, Rober 2003: The Health and Social Service Needs of Gay and Lesbian Elders and Their Families in Canada. *The Gerontologist* 42 (2), 192–202.

Brotman, Shari; Ryan, Bill; Collins, Shannon; Chamberland, Line; Cormier, Robert et al. 2007: Coming Out to Care: Caregivers of Gay and Lesbian Seniors in Canada. *The Gerontologist* 47 (4), 490–503.

Browne, Kath & Nash, Katherine J. (toim.) 2010: *Queer Methods and Methodologies: Intersecting Queer Theories and Social Science Research*. Ashgate, Burlington.

Brusila, Pirkko 2011: Seksuaalisuus ikääntymisen ja sairauksien näkökulmasta. Teoksessa Maija Ritamo, Katri Ryttyläinen-Korhonen & Saana Saarinen (toim.): *Seksuaalineuvonnan tueksi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 27/2011*, 177–188.

Butler, Sandra S. 2004: Gay, Lesbian, Bisexual, and Transgender (GLBT) Elders: The Challenges and Resilience of this Marginalized Group. *Journal of Human Behavior in the Social Environment* 9 (4), 25–44.

Butler, Judith 2006: *Hankala sukupuoli*. Gaudeamus, Helsinki.

Cahill, Sean 2002: Long Term Care Issues Affecting Gay, Lesbian, Bisexual, and Transgender Elders. *Geriatric Care Management Journal* 12 (3), 4–8.

Calasanti, Toni M. & Slevin, Kathleen F. (toim.) 2006: *Age Matters: Realigning Feminist Thinking*. Routledge, New York.

Cronin, Ann & King, Andrew 2010: Power, Inequality and Identification: Exploring Diversity and Intersectionality amongst Older LGB Adults. *Sociology* 44 (5), 876–892.

Cronin, Ann; Ward, Richard; Pugh, Steve; King, Andrew & Price, Elizabeth 2011: Categories and their consequences: Understanding and supporting the caring relationships of older lesbian, gay and bisexual people. *International Social Work* 54 (3), 421–435.

Crouch, Robert A. 1999: *Betwixt and Between: The Past and Future of Intersexuality*. Teoksessa Alice Domurat Dreger (toim.): *Intersex in the Age of Ethics*. University Publishing Group, Maryland, 29–49.

D’Augelli, Anthony R. & Grossman, Arnold H. 2001: Disclosure of Sexual Orientation, Victimization, and Mental Health among Lesbian, Gay, and Bisexual Older Adults. *Journal of Interpersonal Violence* 16 (10), 1008–1027.

De Paoli, Rudy 2004: *Book Report: Stigma – Notes on the Management of Spoiled Identity*.

Eräsaari, Leena 2010: Miten tutkia laitoshoidoa? Teoksessa Antti Teittinen (toim.): *Pois laitoksista! Vammaiset ja hoivan politiikka*. Palmenia Helsinki University Press, Helsinki, 199–214.

ETENE(=Valtakunnallisen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta) 2008: Vanhuus ja hoidon etiikka. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) raportti. ETENE-julkaisuja 20.

Etzioni, Amitai (toim.) 1969: *The Semi-Professions and Their Organization*. Teachers, Nurses, Social Workers. The Free Press, New York.

Fenkl, Eric A. 2012: Aging Gay Men. A Review of the Literature. *Journal of LGBT Issues in Counseling* 6 (3), 162–182.

Fredriksen-Goldsen, Karen I. & Muraco, Anna 2010: Aging and Sexual Orientation: A 25-Year Review of the Literature. *Research on Aging* 32 (3), 372–413.

Fredriksen-Goldsen, Karen I.; Kim, Hyun-Jun & Goldsen, Jayn 2011: The Health Report: Resilience and Disparities among Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Older Adults.

Frilund, Marianne 2013: En vårdvetenskaplig syntes mellan vårdandets ethos och vårdintensitet. Åbo Akademi, Socialvetenskapliga institutionen, Vårdvetenskap.

Goffman, Erving 1986 [1963]: *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Simon & Schuster, New York.

Goffman, Erving 1997 [1961]: *Minuuden riistäjät: tutkielma totaalisista laitoksista*. Mielenterveyden Keskusliitto ry, Riihimäki.

Grossman, Arnold H.; D’Augelli, Anthony R. & Hershberger, Scott L. 2000: Social support networks of lesbian, gay and bisexual adults 60 years of age and older. *Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences & Social Sciences* 55B (3), 171–179.

Haataja, Marika 2011: *Fantasia naisesta ja miehestä – Sukupuoli ja seksuaalisuus populaarissa seksologiassa*. Naistutkimuksen pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto.

Heaphy, Brian 2007: Sexualities, Gender and Ageing: Resources and Social Change. *Current Sociology* 55 (2), 193–210.

Hillman, Jennifer 2012: *Sexuality and aging: clinical perspectives*. New York, Springer.
Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2008: *Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Gaudeamus, Helsinki.

Hinrichs, Kate L.M. & Vacha-Haase, Tammi 2010: Staff Perceptions of Same-Gender Sexual Contacts in Long-Term Care Facilities. *Journal of Homosexuality* 57 (6), 776–789.

Holstein, Martha B. 2006. On Being an Aging Woman. Teoksessa Toni M. Calasanti & Kathleen F. Slevin (toim.): *Age Matters: Realigning Feminist Thinking*. Routledge, New York, 313–334.

Hovey, Jaime E. 2009: *Nursing Wounds: Why LGBT Elders Need Protection from Discrimination and Abuse Based on Sexual Orientation and Gender Identity*. *Elder Law Journal* 17 (1), 95–123.

Hugman, Richard 1998: *Social Welfare and Social Value: The Role of Caring Professions*. Macmillan, Basingstoke.

Hugman, Richard 2005: *New Approaches in Ethics for the Caring Professions*. Palgrave Macmillan, Basingstoke.

Huuska, Maarit 2008: Intersukupuolisuus ja transihmisyyt. Teoksessa Juha Jämsä (toim.): *Sateenkaariperheet ja hyvinvointi: käsikirja lasten ja perheiden kanssa työskenteleville*. PS-kustannus, Juva.

Irni, Sari & Wickman, Jan 2010: Sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöt, vanheneminen ja palveluntarpeet. Seta, Helsinki. Seta-julkaisuja 20.

Irni, Sari & Wickman, Jan 2013: Sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöt, vanheneminen ja palveluntarpeet. Seta, Helsinki. Seta-julkaisuja 20. Uusittu painos.

Jalava, Jenni 2013: Sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöjen toiveet ja tarpeet yhdenvertaiseen vanhuuteen. Opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Vanhustyön koulutusohjelma.

Jokinen, Arja; Juhila, Kirsi & Suoninen, Eero 1993: *Diskursianalyysin aakkoset*. Vastapaino, Tampere.

Juhila, Kirsi 2004: Sosiaalityön vuorovaikutuksen tutkimus. Historiaa ja nykysuuntauksia. *Janus – Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti* 12 (2), 155–183.

Juvonen, Tuula 1997: Normatiivisen hyvän harhat. Teoksessa Jukka Lehtonen, Jussi Nissinen & Maria Socada (toim.): *Hetero-olettamuksesta moninaisuuteen: lesbot, homot, bi- ja transihmiset sosiaali- ja terveystalveluiden asiakkaina*. Edita, Helsinki, 11–17.

Juvonen, Tuula 2002: *Varjoelämää ja julkisia salaisuuksia*. Vastapaino, Tampere.

Jyrkämä, Jyrki 2001: Vanheneminen ja vanhuus. Teoksessa Anne Sankari & Jyrki Jyrkämä (toim.): *Lapsuudesta vanhuuteen: iän sosiologiaa*. Vastapaino, Tampere, 267–323.

Jämsä, Juha 2008: Ammatillisia työkaluja moninaisuuden kohtaamiseen. Teoksessa Juha Jämsä (toim.): Sateenkaariperheet ja hyvinvointi: Käsikirja lasten ja perheiden kanssa työskenteleville. PS-kustannus, Jyväskylä.

Karkulehto, Sanna 2006: Sukupuoli, seksuaalisuus ja queer nykyculttuurissa. Suomen Queer-tutkimuksen Seuran Lehti 1 (1), 123–131.

Karkulehto, Sanna 2007: Kaapista kaanoniin ja takaisin: Johanna Sinisalon, Pirkko Saision ja Helena Sinervon teosten queer-poliittisia luentoja. Oulun yliopisto.

Kekki, Lasse 2003: From gay to queer: gay male identity in selected fiction by David Leavitt and in Tony Kushner's play *Angels in America* I–II. Peter Lang, Bern.

Kekki, Lasse 2004: Pervot pidot. Johdanto homo-, lesbo- ja queer-kirjallisuudentutkimukseen. Teoksessa Lasse Kekki & Kaisa Ilmonen (toim.): Pervot pidot: homo- lesbo- ja queer-näkökulmia kirjallisuudentutkimukseen. Like, Helsinki, 13–45.

King, Andrew & Cronin, Ann 2010: Queer Methods and Queer Practices: Re-examining the Identities of Older Lesbian, Gay, Bisexual Adults. Teoksessa Kath Browne & Catherine J. Nash (toim.): Queer Methods and Methodologies: Intersecting Queer Theories and Social Science Research. Ashgate, Burlington, 85–96.

King, Neil 2006: The Lengthening List of Oppressions. Teoksessa Toni M. Calasanti & Kathleen F. Slevin (toim.): Age Matters: Realigning Feminist Thinking. Routledge, New York, 47–74.

Knauer, Nancy J. 2011: Gen Silent: Advocating for LGBT Elders. *The Elder Law Journal* 19 (2), 101–161.

Knochel, Kelly A.; Quam, Jean K. & Croghan, Catherine F. 2010: Are Old Lesbian and Gay People Well Served?: Understanding the Perceptions, Preparation, and Experiences of Aging Services Providers. *Journal of Applied Gerontology* 30 (3), 370–389.

Kuosmanen, Paula & Jämsä, Juha 2007: Monimuotoiset sateenkaariperheet heteroydinperheille suunnitellussa palvelujärjestelmässä. Teoksessa Paula Kuosmanen & Juha Jämsä (toim.): Suomalaiset sateenkaariperheet sosiaali- ja terveystalveissa ja koulussa. Edita Prima, Helsinki, 102–113.

Kuyper, Lisette & Fokkema, Tineke 2010: Loneliness among older lesbian, gay, and bisexual adults: The role of minority stress. *Archives of Sexual Behavior* 39 (5), 1171–1180.

Lassila, Anna 1996: Tutut roolit, tuntemattomat alueet. Butch, femme ja identiteettipolitiikan dekonstruktio. Teoksessa Pia Livia Hekanaho, Kati Mustola, Anna Lassila & Marja Suhonen (toim.): Uusin silmin: lesbien katse kulttuuriin. Yliopistopaino, Helsinki, 139–162.

Lehtonen, Jukka; Nissinen, Jussi & Socada, Maria (toim.) 1997: Hetero-olettamuksesta moninaisuuteen: lesbot, homot, bi- ja transihmiset sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakkaina. Edita, Helsinki.

Lehtonen, Jukka 2003: Seksuaalisuus ja sukupuoli koulussa. Näkökulmana heteronormatiivisuus ja ei-heteroseksuaalisten nuorten kertomukset. Yliopistopaino ja nuorisotutkimusverkosto, Helsinki.

Lehtonen, Jukka & Mustola, Kati 2004: Seksuaalisuuden ja sukupuolen moninaisuus voimavaraksi. Teoksessa Jukka Lehtonen & Kati Mustola (toim.): ”Eihän heterotkaan kerro...”: Seksuaalisuuden ja sukupuolen rajankäyntiä työelämässä. Tutkimukset ja selvitykset 2/04. Työministeriö, Helsinki.

Lehtonen, Jukka & Mustola, Kati (toim.) 2004: ”Eihän heterotkaan kerro...”: Seksuaalisuuden ja sukupuolen rajankäyntiä työelämässä. Tutkimukset ja selvitykset 2/04. Työministeriö, Helsinki.

Lehtonen, Jukka 2007: Seksuaaliseen suuntautumisen ja sukupuolen moninaisuuteen liittyvä syrjintä. Teoksessa Outi Leponen & Susan Villa (toim.): Syrjintä Suomessa 2006. Ihmisoikeusliitto ry, Helsinki, 18–65.

Leinonen, Eeva-Kaisa 2003: Elämä transvestiittina – osa-aikatyön ulostuloprosessi. Sosiaalipolitiikan pro gradu -tutkielma. Valtiotieteellinen tiedekunta, Helsingin yliopisto.

Lewins, Frank 1996: Bioethics for Health Professionals: An Introduction and Critical Approach. Macmillan, South Melbourne.

Martikainen, Pekka; Moustgaard, Heta; Einiö, Elina & Murphy, Mike 2014: Life Expectancy in Long-Term Institutional Care by Marital Status: Multistate Life Table Estimates for Older Finnish Men and Women. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 69 (2), 303–310.

Meisner, Brad A. & Hynie, Michaela 2009: Ageism with Heterosexism: Self-Perceptions, Identity, and Psychological Health in Older Gay and Lesbian Adults. *Gay and Lesbian Issues and Psychology Review* 5 (1), 51–58.

Meskus, Mianna 2009: Elämän tiede: tutkimus lääketieteellisestä teknologiasta, vanhemmuudesta ja perimän hallinnasta. Vastapaino, Tampere.

Mustola, Kati & Vanhala, Anna 2004: Seksuaalivähemmistöjä koskevan kyselyn tuloksia. Teoksessa Jukka Lehtonen & Kati Mustola (toim.): ”Eihän heterotkaan kerro...”: Seksuaalisuuden ja sukupuolen rajankäyntiä työelämässä. Tutkimukset ja selvitykset 2/04. Työministeriö, Helsinki, 30–57.

Mustola, Kati 2004: Sukupuolivähemmistöjä koskevan kyselyn tuloksia. Teoksessa Jukka Lehtonen & Kati Mustola (toim.): ”Eihän heterotkaan kerro...”: Seksuaalisuuden ja sukupuolen rajankäyntiä työelämässä. Tutkimukset ja selvitykset 2/04. Työministeriö, Helsinki, 30–57.

Mustola, Kati & Pakkanen, Johanna (toim.) 2007: Sateenkaari-Suomi: Sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöjen historiaa. Like, Helsinki.

Mustola, Kati 2007: Suomalaisten lesbo- ja homoliikkeiden historiaa. Teoksessa Kati Mustola & Johanna Pakkanen (toim.): Sateenkaari-Suomi, seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen historiaa. Like, Helsinki, 18–37.

Nissinen, Jussi 1995: Homo- ja biseksuaalisuuden huomioonottaminen päihdehuollossa. Sosiaalipsykologian pro gradu -tutkielma. Valtiotieteellinen tiedekunta, Helsingin yliopisto.

Nissinen, Jussi 2006: Seksuaalinen suuntautuminen. Teoksessa Dan Apter, Leena Väisälä & Kari Kaimola (toim.): Seksuaalisuus. Duodecim, Helsinki, 130–156.

Nissinen, Jussi 2011: Seksuaalisuuden ja sukupuolen moninaisuus ja seksuaalineuvonta. Teoksessa Maija Ritamo, Katri Ryttyläinen-Korhonen & Saana Saarinen (toim.): Seksuaalineuvonnan tueksi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 27/2011, 60–70.

Noro, Anja; Finne-Soveri, Harriet; Björkgren, Magnus & Vähäkangas, Pia (toim.) 2005: Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus: RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes, Helsinki.

Norrman, Lina; Nilsson, Emma & Törnblom, Johan 2010: HBT i äldreomsorgen ur enhetschefers perspektiv. C-uppsats, Umeå Universitet, Institutionen för socialt arbete.

Norrman, Lina; Nilsson, Emma & Törnblom, Johan 2013: Den kommunala garderoben. Teoksessa Janne Bromseth & Anna Siverskog (toim.): LGBTQ-personer och åldrande: Nordiska perspektiv. Studentlitteratur, Lund, 229–250.

Näslindh-Ylispangar, Anita 2005: Vanhuksen olemassaolon kokemuksen vahvistaminen yhteisössä. Teoksessa Eija Noppari & Paula Koistinen (toim.): Laatu vanhustyöhön. Tammi, Helsinki, 147–160.

Näslindh-Ylispangar, Anita 2012: Vanhuksen terveyden, hyvinvoinnin ja hyvän elämän edistäminen. Edita, Helsinki.

Pakkanen, Johanna 2007: Kaappi. Teoksessa Kati Mustola & Johanna Pakkanen (toim.): Sateenkaari-Suomi: Seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen historiaa. Like, Helsinki, 15–17.

Parikka, Ulla-Riitta 2012: Selvitys sukupuolivähemmistöjen asemasta. Tasa-arvojulkaisuja 2012:1.

Peräkylä, Anssi 1990: Kuoleman monet kasvot. Vastapaino, Tampere.

Pimenoff, Veronica 1997: Transseksuaalien määrittely terveys- ja sosiaalipalveluissa. Teoksessa Jukka Lehtonen, Jussi Nissinen & Maria Socada (toim.) Hetero-olettamuksesta moninaisuuteen: lesbot, homot, bi- ja transihmiset sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakkaina, 61–65.

Pimenoff, Veronica 2006: Intersukupuolisuus. Teoksessa Dan Apter, Leena Väisälä & Kari Kaimola (toim.): Seksuaalisuus. Duodecim, Helsinki, 173–182.

Price, Elizabeth 2012: Gay and Lesbian carers: ageing in the shadow of dementia. *Ageing and Society* 32 (3), 516–532.

Rautiainen, Hilikka 2006: Ikääntyminen ja seksuaalisuus. Teoksessa Dan Apter, Leena Väisälä & Kari Kaimola (toim.): Seksuaalisuus. Duodecim, Helsinki, 226–237.

Redman, Daniel 2012: They stood up for us: Advocating for LGBT Elders in long-term care. *Temple Political and Civil Rights Law Review* 21 (2), 433–457.

Rich, Adrienne 2003 [1980]: Compulsory Heterosexuality and Lesbian Existence. *Journal of Women's History* 15 (3), 11–48.

Riska, Elianne & Wrede, Sirpa 2004: Kuka on kestävä sairaanhoitaja? Teoksessa Lea Henriksson & Sirpa Wrede (toim.): Hyvinvointityön ammatit. Gaudeamus, Helsinki, 41–62.

Robertsson, Hans 2013: Äldre homo- och bisexuella mäns upplevelser av normbrytande. Teoksessa Anna Siverskog & Janne Bromseth (toim.): LGBTQ-personer och åldrande: nordiska perspektiv. Studentlitteratur, Lund, 185–206.

Roden, Frederik S. 2005: Becoming Butlerian: On the Discursive Limits (and Potentials) of Gender Trouble. Teoksessa Margaret Söner Breen & Warren J. Blumenfeld (toim.): Butler Matters – Judith Butler's Impact on Feminist and Queer Studies. Ashgate, Aldershot, 27–37.

Ronkainen, Suvi; Pohjolainen Pertti & Ruth Jan-Erik 1994: Erotiikka ja elämänkulku. WSOY, Juva.

Ronkainen, Suvi 1997: Biseksuaalinen kokemus ja biseksuaalinen identiteetti. Teoksessa Jukka Lehtonen, Jussi Nissinen & Maria Socada (toim.): Hetero-olettamuksesta moninaisuuteen: lesbot, homot, bi- ja transihmiset sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakkaina. Edita, Helsinki, 34–47.

Ronkainen, Suvi 2004: Kvalitatiivisuus, tulkinnallisuus ja feministinen tutkimus. Teoksessa Marianne Liljeström (toim.): Feministinen tietäminen: keskustelua metodologiasta. Vastapaino, Tampere, 44–69.

Rosenfeld, Dana 2003: *The Changing of the Guard: Lesbian and Gay Elders, Identity, and Social Change*. Temple University Press, Philadelphia.

Rossi, Leena-Maija 2003: *Heterotehdas: televisiomainonta sukupuolituotantona*. Gaudeamus, Helsinki.

Rossi, Leena-Maija 2006: Heteronormatiivisuus: käsitteen elämää ja kummastelua. *Kulttuurintutkimus* 23 (3), 19–28.

Rossi, Leena-Maija 2008a: Identiteetti, queer ja intersektionaalisuus – hankala yhtälö? *Kulttuurintutkimus* 25 (1), 29–39.

Rossi, Leena-Maija 2008b: Hankalasta asiasta epäpuhtaasti. *Suomen Queer-tutkimuksen Seuran lehti* 3 (1), 42–47.

Ruusuvuori, Johanna & Tiittula, Liisa (toim.) 2005: *Haastattelu: tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus*. Vastapaino, Tampere.

Röndahl, Gerd; Innala, Sune & Carlsson, Marianne 2004: Nurses' attitudes towards lesbians and gay men. *Journal of Advanced Nursing* 47 (4), 386–392.

Röndahl, Gerd 2005: Heteronormativity in a nursing context. Attitudes toward homosexuality and experiences of lesbians and gay men. *Acta Universitatis Upsaliensis. Digital comprehensive summaries of Uppsala dissertations from the Faculty of Social Sciences*. Uppsala.

Röndahl, Gerd; Innala, Sune & Carlsson, Marianne 2006: Heterosexual assumptions in verbal and non-verbal communication in nursing. *Journal of Advanced Nursing* 56 (4), 373–381.

Röndahl, Gerd; Innala, Sune & Carlsson, Marianne 2007: To hide or not to hide, that is the question! Lesbians and gay men describe experiences from nursing work environment. *Journal of Homosexuality* 52 (3/4), 211–233.

Salonen, Markku 2006: Hiljainen heteroseksuaalisuus? *Naistutkimus* 19 (1), 62–66.

Sandberg, Linn 2008: The Old, the Ugly and the Queer: thinking old age in relation to queer theory. *Graduate Journal of Social Science* 5 (2), 117–139.

Sarvimäki, Anneli 2010: Gerontologisen hoitotyön arvot ja eettiset periaatteet. Teoksessa Päivi Voutilainen & Pirjo Tiikkainen (toim.): *Gerontologinen hoitotyö*. WSOY Oppimateriaalit, Helsinki, 27–40.

Schope, Robert A. 2005: Who's Afraid of Growing Old: Gay and Lesbian Perceptions of Aging. *Journal of Gerontological Social Work* 45 (4), 23–39.

Scott, John 2011: *Conceptualising the social world: principles of sociological analysis*. Cambridge university press, Cambridge.

Sedgwick, Eve Kosofsky 2008 [1990]: *Epistemology of the Closet*. University of California Press, Berkeley.

Shaw, Alison & Ardener, Shirley (toim.) 2005: *Changing sex and bending gender*. Berghahn Books, New York.

Shaw, Alison 2005: Is it a boy or a girl? The challenges of genital ambiguity. Teoksessa Alison Shaw & Shirley Ardener (toim.): *Changing Sex and Bending Gender*. Berghahn Books, New York, 20–38.

Shaw, Alison & Ardener, Shirley (toim.) 2005: *Changing Sex and Bending Gender*. Berghahn Books, New York.

Shippy, Andrew R.; Cantor, Marjorie H. & Breannan, Mark 2004: Social Networks of Aging Gay Men. *Journal of Men's Studies* 13 (1), 107–120.

Silverman, David 1997: *Qualitative research: theory, method and practice*. Sage, London.

Sipilä, Petri 1998: Sukupuolitettu ihminen – kokonainen etiikka: onko sukupuoli oikein? Gaudeamus, Helsinki.

Siverskog, Anna 2013: Den internationella forskningen om äldre HBTQ-personer. Teoksessa Anna Siverskog & Janne Bromseth (toim.): *LGBTQ-personer och åldrande: nordiska perspektiv*. Studentlitteratur, Lund, 31–43.

Slevin, Kathleen F. 2006: The Embodied Experiences of Old Lesbians. Teoksessa Toni M. Calasanti & Kathleen F. Slevin (toim.): *Age Matters: Realigning Feminist Thinking*. Routledge, New York, 247–268.

Socada, Maria 1998: Kun potilas ei olekaan hetero. *Duodecim* 114 (5), 425.

Sorainen, Antu 2005: Rikollisia sattumalta?: naisten keskinäistä haureutta koskevat oikeudenkäynnit 1950-luvun Itä-Suomessa. Yliopistopaino, Helsinki.

Suhonen, Malla 2007: Transsukupuolisuuden näkymätön historia. Teoksessa Kati Mustola & Johanna Pakkanen (toim.): *Sateenkaari-Suomi: Seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen historiaa*. Like, Helsinki, 53–65.

Stålström, Olli 1997: Homoseksuaalisuuden sairausleiman loppu. Gaudeamus, Helsinki.

Tainio, Laura & Wrede, Sirpa 2008: Practical Nurses' Work Role and Workplace Ethos in an Era of Austerity. Teoksessa Sirpa Wrede, Lea Henriksson, Håkon Høst, Stina Johansson & Bettina Dybbroe (toim.): *Care Work in Crisis: Reclaiming the Nordic Ethos of Care*. Studentlitteratur, Lund, 177–197.

Taylor, Abi & Gosney, Margot A. 2011: Sexuality in older age: essential considerations for healthcare professionals. *Age and Ageing* 40 (3), 538–543.

Terde, Silva 1996: Välttämättömyyksien ruumis vanhusten hoivassa. *Naistutkimus* 9 (4), 2–14.

Topo, Päivi 2010: Scripting patienthood with patient clothing. *Social science & medicine* 70 (11), 1682–1689.

Tuovinen, Liisa; Ståhlström, Olli & Hentilä, Jorma (toim.) 2011: Saanko olla totta?: sukupuolen ja seksuaalisuuden moninaisuus. Gaudeamus, Helsinki.

Turner, Bryan S. 1989: Aging, status politics and sociological theory. *The British Journal of Sociology* 40 (4), 588–605.

Turner, Bryan S. 1993: Outline of a theory of human rights. *Sociology* 27 (3), 489–512.

Turner, Bryan S. 1995: Medical power and social knowledge. Sage, London.

Turner, Bryan S. 2001: Disability and the sociology of the body. Teoksessa Gary Albrecht, Katherine Seelman & Michael Bury (toim.): *Handbook of disability studies*. Sage, Thousand Oaks, 252–266.

Turner, Bryan S. 2006: Vulnerability and human rights: Essays on human rights.

Twigg, Julia 2000a: *Bathing – the Body and Community Care*. Routledge, London.

Twigg, Julia 2000b: Carework as a form of bodywork. *Ageing and Society* 20 (4), 389–411.

Twigg, Julia 2004: The body, gender, and age: Feminist insights in social gerontology. *Journal of Aging Studies* 18, 59–73.

Törmä, Sinikka; Huotari, Kari; Tuokkola, Kati & Pitkänen, Sari 2014: Ikäihmisten moninaisuus näkyväksi. Selvitys vähemmistöihin kuuluvien ikääntyneiden henkilöiden kokemasta syrjinnästä sosiaali- ja terveyspalveluissa. Sisäministeriön julkaisu 14/2014.

Van Wagenen, Aimee; Driskell, Jeff & Bradford, Judith 2013: “I’m still raring to go”: Successful aging among lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. *Journal of Aging Studies* 27 (1), 1–14.

Vilkka, Hanna 2010: Sukupuolen ja seksuaalisuuden kohtaaminen. PS-kustannus, Juva.

Voutilainen, Päivi; Raassina, Anne-Mari & Nyfors, Hanna 2008: Ikääntyneiden palveluiden uudet konseptit. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:47.

Voutilainen, Päivi & Tiikkainen, Pirjo (toim.) 2010: Gerontologinen hoitotyö. WSOY Oppimateriaalit, Helsinki.

Voutilainen, Päivi 2010: Ikääntyneiden palvelujärjestelmä. Teoksessa Päivi Voutilainen & Pirjo Tiikkainen (toim.): Gerontologinen hoitotyö. WSOY Oppimateriaalit, Helsinki, 109–122.

Wickman, Jan 2001: Transgender politics: the construction and deconstruction of binary gender in the Finnish transgender community. Åbo Akademi University Press, Åbo.

Wickman, Jan 2013: Äldre lhbt-personers livsvillkor och möte med vården i Finland. Teoksessa Janne Bromseth & Anna Siverskog (toim.): LGBTQ-personer och åldrande: Nordiska perspektiv. Studentlitteratur, Lund, 251–275.

Witten, Tarynn M. 2008: Transgender Bodies, Identities & Healthcare: Effects of Perceived and Actual Violence and Abuse. Teoksessa J.J. Kronenfeld (toim.): Research in the Sociology of Healthcare: Inequalities and Disparities in Healthcare and Health – Concerns of Patients. Elsevier JAI, Oxford, 225–249.

Wittig, Monique 1992: Straight mind and other essays. Beacon Press, Boston.

Wrede, Sirpa 2008: Educating generalists: flexibility and identity in auxiliary nursing in Finland. Teoksessa Elen Kuhlmann & Mike Saks (toim.): Rethinking professional governance: International directions in healthcare. Policy Press, Bristol, 127–140.

Internet

Laki 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=potilaan%20asema%20ja%20oikeudet>. Haettu 2.5.2014

Laki 812/2000. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=potilaan%20asema%20ja%20oikeudet>. Haettu 2.5.2014

Laki 563/2002. Laki transseksuaalin sukupuolen vahvistamisesta.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020563>. Haettu 2.5.2014

Laki 980/2012. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>. Haettu 2.5.2014

Mummolaakso ry 2014: Mummolaakso ry – Gummedalen rf.
<http://www.mummolaakso.fi/taustaa.html>. Haettu 29.4.2014

Oikeusministeriö 2014: Hallituksen esitys eduskunnalle yhdenvertaisuuslaiksi ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi. Luonnos 12.4.2013.
http://oikeusministerio.fi/material/attachments/om/valmisteilla/lausunnolla/6Ftd63SG7/YVL_HE-LUONNOS_12-4-2013.pdf. Haettu 30.8.2014

Sairaanhoitajaliitto 2014: Sairaanhoitajan eettiset ohjeet.

https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/. Haettu 26.4.2014

Seta (=Seksuaalinen tasavertaisuus) 2014a: Projektit.

<http://seta.fi/projektit/>. Haettu 29.4.2014

Seta 2014b: Yhdenvertainen vanhuus -projekti.

<http://seta.fi/yhdenvertainen-vanhuus/yhteistyokumpanit/>. Haettu 29.4.2014

Seta 2014c: Translakiluonnos ei sisällä itsemääräämisoikeutta. Uutinen 21.8.2014.

<http://seta.fi/translakiluonnos-ei-sisalla-itsemaaramisoikeutta/>. Haettu 30.8.2014

Socialstyrelsen 2008: Det dubbla utanförskapet. Mångfald och sexuell läggning bland äldre.

http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8692/2008-123-6_20081236.pdf. Haettu 26.4.2014

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeus. Työryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 2014.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=9882185&name=DLFE-29816.pdf. Haettu 3.5.2013

STM (=Sosiaali- ja terveysministeriö) 2014a: Sosiaali- ja terveystalvet, sosiaalipalvelut, laitoshito.

http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveystalvet/sosiaalipalvelut/laitoshito
Haettu 14.4.2014

STM 2014b: Toimenpiteet iäkkäiden laitoshoidon vähentämiseksi osana palvelurakennemuutosta. Helmikuu 2014. Haettu 20.3.2014

STM 2014c: Luonnos hallituksen esitykseksi translain muuttamisesta. Haettu 30.8.2014

STM (=Sosiaali- ja terveysministeriö) 2013: Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi.

http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveystalvet/ikaihmiset/palvelujen_laatu/laatusuositus.
Haettu 19.4.2014

Koko laatusuositus saatavilla:

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511564&name=DLFE-26915.pdf

STV (=Suomen virallinen tilasto) 2012: Väestöennuste. Helsinki: Tilastokeskus.
http://www.stat.fi/til/vaenn/2012/vaenn_2012_2012-09-28_tie_001_fi.html.

Haettu 28.3.2014

THL (=Terveiden ja hyvinvoinnin laitos) 2013: Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2012. Tilastoraportti. Haettu 20.3.2014

Tiedote 164/2013: Sukupuolen vahvistamisen edellytyksiin suunnitellaan muutoksia. Sosiaali- ja terveysministeriö.

<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1863272#fi>. Haettu 2.5.2014

Tiedote 76/2014: Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeutta halutaan vahvistaa. Sosiaali- ja terveysministeriö.

<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1879467>. Haettu 2.5.2014

Transtukipiste 2014a. Sukupuolen korjaushoito suomessa.

<http://transtukipiste.fi/sukupuolen-korjaus-suomessa/>. Haettu 26.4.2014

Transtukipiste 2014b: Hlbtiq-sanasto.

<http://transtukipiste.fi/hlbtiq-sanasto/>. Haettu 26.4.2014

Valtonen, Saini 2012: Yhdenvertainen vanhuus -projekti. Raportti vanhustyöntekijöille suunnatun kyselyn tuloksista.

http://seta.fi/doc/raportti_vanhustyon_ammattilaiset_valtonen_saini2012.pdf.

Haettu 15.11.2013

Venhola, Mika 2001: Artikkelisi intersukupuolisuudesta.

http://whm13.louhi.net/~transtuk/wp-content/uploads/2013/08/Artikkeli_is_Venhola2001.pdf.

Haettu 27.3.2014

WeDO – Hyvinvointia ja arvokkuutta ikäihmisille -hanke 2014: Ikäihmisille suunnattujen palvelujen eurooppalainen laadunkehittämisohjelma. Hoitoa, hoivaa ja apua tarvitsevien ikäihmistien hyvinvointiin ja arvokkuuteen liittyvät periaatteet ja suuntaviivat.

file:///C:/Users/brugger/Downloads/24171_wedo_brochure_a4_finnish.pdf.

Haettu 30.8.2014

Yle 29.11.2013/Kotimaa/Mikko Leppänen/Vanhustutkimuksen professori:

Pitkäaikaisen laitoshoidon vähentäminen tavoitteena oikea.

http://yle.fi/uutiset/vanhustutkimuksen_professori_pitkaaikaisen_laitoshoidon_vahentaminen_tavoitteena_oikea/6962088. Haettu 18.4.2014

LIITE 1. Teemahaastattelurunko

Taustatiedot

- Syntymävuosi, sukupuoli, koulutus, ammattinimike, työkokemus

Sukupuolen ja seksuaalisen suuntautumisen moninaisuus vanhustyössä

- Moninaisuutta koskevat keskustelut työpaikalla
- Kohtaamiset
- Puheeksi ottaminen

Valmiudet

- Koulutus, työkokemus
- Tieto ja tiedontarve
- Oma suhtautuminen/omakohtaisuus

Vaikuttamis- ja toimintamahdollisuudet

- Työyhteisö ja oma asema
- Hoitoneuvottelut ja moninaisuuden huomioiminen
- Vanhainkoti työympäristönä: haasteet ja mahdollisuudet

LIITE 2. Haastateltavien koulutus ja asema työyhteisössä

Haastateltava	Koulutus	Asema
H1	sairaanhoitaja	osastonhoitaja
H2	sairaanhoitaja, terveystieteiden maisteri	hoitotyön johtaja
H3	perushoitaja	hoitaja
H4	sairaanhoitaja	hoitaja
H5	perushoitaja/sairaanhoitaja	hoitaja
H6	lähihoitaja	hoitaja
H7	lähihoitaja	hoitaja
H8	lähihoitaja	hoitaja
H9	sairaanhoitaja	osastonhoitaja
H10	sairaanhoitaja	hoitaja